

Gabriele Landgraf

KOMBINATION THERAPEUTISCHER METHODEN

**Beschreibung und Kontrolle ihrer Effektivität
am Beispiel einer empirischen Untersuchung
mit
lernbehinderten Sonderschülern**

1900

1981



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555410_0008

Psychologie

"Kombination therapeutischer Methoden-

- Beschreibung und Kontrolle ihrer Effektivität
am Beispiel einer empirischen Untersuchung mit
lernbehinderten Sonderschülern"

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der

P h i l o s o p h i s c h e n F a k u l t ä t

der

Westfälischen Wilhelms-Universität

zu

Münster (Westf.)

vorgelegt von

Gabriele Landgraf

aus Recklinghausen

1 9 8 0



Tag der mündlichen Prüfung: 17.12.1980

Dekan: Prof. Dr. M.E. Brockhoff

Referent: Prof. Dr. H. Bommert

Korreferent: Prof. Dr. U. Piotrowski

An dieser Stelle möchte ich all denen danken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützten.

Mein Dank gilt vor allem Herrn Prof. Dr. Hanko Bommert und Herrn Dr. Ulf Plessen für ihre verständnisvolle und geduldige Unterstützung über alle Phasen der Arbeit hinweg.

Zu danken habe ich auch all den Schülern und Lehrern aus den drei Sonderschulen für Lernbehinderte sowie den Studenten, die an dem Forschungsprojekt mitgewirkt haben, darunter besonders Heiko Jelinek, Karla Misek, Margret Olbrich und Jürgen Zierott.

Für ihre Hilfe bei der Auswertung des Datenmaterials möchte ich mich bei Frau R. Kallabis bedanken.

Besonders geholfen haben mir die motivationalen Anregungen und Hilfen meiner Kollegin Dipl. Psych. Cilly Schwerdt, die auch gerade ihre Dissertation beendet.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
0. Vorwort und Überblick	1
0.1. Zur Entwicklung der Fragestellung: Integration versus Abgrenzung in Forschung, Ausbildung und Praxis der Psychotherapie	1
0.2. Zum Aufbau dieser Arbeit	7
 <u>I. THEORETISCHER TEIL</u>	
A. INTEGRATION/KOMBINATION: Tendenzen in Forschung und Praxis im Gesamtbereich der Therapieformen	9
1. Übergreifende Kategorien therapeutischen Handelns	10
1.1. Theoretische Ansätze zur Integration/Kombination	10
2. Empirische Ansätze zur Integration/Kombination	16
2.1. Kindertherapie	18
2.2. Therapie bei Jugendlichen	23
2.3. Partnertherapie	23
3. Notwendigkeit, Möglichkeiten und Probleme von Methodenkombination	25
3.1. Notwendigkeit zur Kombination therapeutischer Methoden	25
3.2. Theoretische Aspekte zur Notwendigkeit von Methodenkombination	28
3.3. Probleme praktisch-therapeutischen Vorgehens <u>ohne</u> übergeordnete Theorie	30
 I.B. ABGRENZUNG	33
1. Theoretische Grundannahmen der Ursprungskonzepte	33
1.1. Gesprächspsychotherapie	35
1.2. Verhaltenstherapie	38
2. Menschenbild/Modell der Persönlichkeit	41
2.1. Gesprächspsychotherapie	42
2.2. Verhaltenstherapie	44
3. Zielsetzungen der orthodoxen Ursprungskonzepte	46
3.1. Gesprächspsychotherapie	46
3.2. Verhaltenstherapie	49

4. Erleben/Handeln in den orthodoxen Therapieformen GPT/VT	51
5. Methodenkombiniertes Modell	56
5.1. Grundannahmen	56
5.2. Integrative Zielsetzung	59
5.3. Unterschiede zu den orthodoxen Ursprungskonzepten	61
I.C. DER METHODENKOMBINIERENDE THERAPEUT	68
1. Anforderungen an den "verhaltenszentrierten" Therapeuten	68
2. Anforderungen an den "beziehungszentrierten" Therapeuten	71
3. Anforderungen an den "methodenkombinierenden" Therapeuten	76
II. <u>EMPIRISCHER TEIL</u>	
A. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG: Überblick/Gesamtzusammenfassung	81
1. Indikationsfrage von Methodenkombination bei Lernbehinderten	86
2. Zielgruppe dieser Untersuchung: Lernbehinderte, nicht-debile Sonderschüler	89
2.1. Sonderschulwesen für Lernbehinderte	90
2.1.1. Begriff der Lernbehinderung	92
2.2. Leistungsversagen der Lernbehinderten	95
2.2.1. Milieufaktoren	96
2.2.2. Psychogene Bedingungsfaktoren	97
2.3. Psycho-soziale Daten der Lernbehinderten	98
2.3.1. Psychische Situation der Lernbehinderten	98
2.3.2. Soziale Daten lernbehinderter Sonderschüler	101
2.4. Bestehende Förderungsmöglichkeiten für LSS im sozial-emotionalen Bereich	102
II.B. UNTERSUCHUNGSVARIABLEN	104
1. Zielbereiche der Therapie	104

	Seite
1.1. Auswahl/Relevanz der Zielbereiche	104
1.2. Zielbereiche auf der Verhaltensebene	106
1.3. Zielbereiche auf der Erlebensebene	111
2. Darstellung der Therapiekonzepte	117
2.1. Therapiekonzept I: Gesprächspsychotherapie	117
2.2. " II: Verhaltenstherapie	123
2.3. " III: Methodenkombination	128
3. Untersuchungsmeßinstrumente	134
3.1. Zu den einzelnen Meßinstrumenten	135
3.2. Therapiebegleitende Kontrollmaßnahmen	140
3.3. Probleme der Datenerhebung	141
 II.C. SPEZIFISCHE ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG	
1. Untersuchungsdurchführung	147
Abb. 1: Schema: Untersuchungsablauf	148
1.1. Untersuchungsstichprobe	149
1.2. Angaben zu Testleitern/Therapeuten	150
1.3. Testung	151
1.4. Kontrolle des Therapieverlaufs	152
2. Fragestellungen zur Untersuchung	154
 III. ERGEBNISSE	
A. REALISIERUNG	158
1. Datenaufbereitung	158
1.1. Datenauswertung	158
1.2. Statistische Prüfverfahren	159
1.3. Reliabilität	160
2. Realisierung der Therapeutenverhaltensmerkmale	161
2.1. Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)	162
2.1.1. Interkonzeptvergleich in den Therapiestadien	164
2.2. Stimulation	167
2.2.1. Therapiestadien	168

	Seite
2.3. Akzeptierung	170
2.3.1. Therapiestadien	171
2.4. Verbale Verstärkung	172
2.4.1. Therapiestadien	173
2.5. Zusammenfassung: Realisierung der drei Therapiekonzepte	174
Abb. 2: Realisierung der Therapeutenver- haltensmerkmale	
2.5.1. METHODENKOMBINATION	175
2.5.2. GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE	177
2.5.3. VERHALTENSTHERAPIE	179
III.B. EFFEKTE	
1. Veränderungswerte in den Zielbereichen	181
1.1. KOOOPERATIONSVERHALTEN	181
1.2. Therapiestadien	183
III.B.2. SELBSTEXPLORATION	185
2.1. Therapiestadien	186
3. Zusammengefaßte Darstellung der Effekte: Kindervariablen	188
Abb. 3: Mittelwerte der Kindervariablen Koopera- tion/Selbstexploration im Konzeptvergleich	
III.B. 4. EFFEKTE: Veränderungswerte in den Zielbe- reichen auf der Erlebensebene:	191
4.1. MANIFESTE ANGST/PRÜFUNGSANGST	193
4.2. SOZIALE ERWÜNSCHTHEIT/SOZIALE REIFE	194
4.3. NEUROTIZISMUS	195
4.4. Testdaten (U-Test): Intergruppenvergleich	196
5. Zusatzergebnisse	
5.1. Schülerfragebogen	198
5.2. Spezifische Zusatzergebnisse: Unter- suchungsfrage 3	202
6. Zusammenfassung der Ergebnisse: Testdaten	204

IV.B. DISKUSSION

1. Zusammenfassende Bewertung der wichtigsten Untersuchungsergebnisse	209
2. Stellenwert	214
2.1. Zur Gültigkeit der Ergebnisse	215
2.1. Bedeutung der Befunde für Theorie/Praxis/ Forschung:	219
2.2.1. Ausbildung/Supervision	222
2.2.2. Gesprächspsychotherapie/Verhaltenstherapie	223
2.3. Verbesserungsmöglichkeiten	225
3. Offene Fragen	226

Literaturverzeichnis

Anhang

0. Vorwort und Überblick über die Arbeit:

1. Zur Entwicklung der Fragestellung: INTEGRATION versus ABGRENZUNG in Forschung, Ausbildung und Praxis der Psychotherapie

Die hier dargestellte Untersuchung steht im Spannungsfeld: "Integration versus Abgrenzung" des gegenwärtigen Standes der Forschung und Theorienbildung im Gesamtbereich psychologischer Therapie.

Theorie und Praxis der Psychotherapie ist heute im deutschsprachigen Raum noch immer weitgehend gekennzeichnet durch ein ausschließendes Nebeneinander herkömmlicher Schulen.⁺ Die einzelnen gegenwärtig bedeutsamen Therapierichtungen, vor allem der Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse, treten für einen "Kanon bestimmter Auffassungen und Verfahren unter Ausschluß anderer Denkweisen" ein (WESTMEYER, 1977, S. 32). Damit behauptet jede dieser "Schulen" einen mehr oder minder ausgeprägten "Omnipotenzanspruch" - beansprucht für sich, psychische Entwicklungen und Störungen beschreiben, erklären und mit einem allgemein gültigen Methodeninventar verändern zu können.

Diese Abgrenzung und Einengung innerhalb therapeutischen Schulendenkens charakterisiert die Ausbildung von Therapeuten: Vorteile und Möglichkeiten einer Schule werden intensiv vermittelt und trainiert, ihre Grenzen und Defizite dagegen kaum beachtet.

Ausbildungsbedingungen und die vorherrschende theoretische Ausrichtung der jeweiligen Hochschule bestimmen beim angehenden Therapeuten dabei die Auswahl bzw. Entscheidung für eine bestimmte thera-

⁺ Unter therapeutischer Schule wird ein System von Techniken und Methoden mit einem bestimmten theoretischen Rahmen zur Behandlung beeinträchtigter Personen verstanden.

peutische Orientierung und damit weitgehend eine Festlegung auf ein dominantes Therapiemodell. Bei der engen Koppelung bestimmter Behandlungstechniken an bestimmte Therapieschulen mit unterschiedlichen Persönlichkeitstheorien, Menschenbildern und damit auch unterschiedlichen Behandlungszielen (s. Kap. I.B.3) ist damit die Einengung des Blickwinkels auf die von der jeweiligen Therapieschule favorisierten Behandlungsziele und damit auf ganz bestimmte Wertpositionen verbunden.

Der psychologische Praktiker dagegen ist in seiner therapeutischen Tätigkeit mit Problemsituationen konfrontiert, die in ihrer Komplexität nicht nur mit Hilfe seiner "vertrauten", schulengebundenen theoretischen und methodischen Therapiekonzeption zu lösen sind.

So gaben bei der Mitgliederbefragung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie nur noch 8,8 % der Antwortenden an, keine Modifikation der klassischen Gesprächstherapie durchzuführen (GWG - info 25, 1976, S. 97).

Das Fehlen von Handlungsalternativen aufgrund der spezifischen Unzulänglichkeiten einer Schule in der praktischen Interventionsmöglichkeit, läßt den Praktiker die Grenzen zwischen traditionellen Therapierichtungen überschreiten, indem er Kombinationen und Integrationen von Behandlungselementen vornimmt. Die Gefahr dieser meist unsystematischen, intuitiven Konzept- und Methodenintegration und damit letztlich eines fragwürdigen Eklektizismus, der hypothesenlos und ohne theoretischen Bezugsrahmen alle möglichen Techniken kombiniert, stellt eine Herausforderung an wissenschaftliche, theoretische und empirische Fundierung der Frage nach Integration⁺ und Kombination⁺⁺

⁺ Definition von INTEGRATION: "Herstellung einer Ganzheit aus verschiedenen Gliedern; Zusammenfügen zu einem einheitlichen System, einem Ganzen." (HERDER LEXIKON, 1975)

⁺⁺ Definition von KOMBINATION: simultane oder sukzessive Anwendung (Verbindung, Verknüpfung) von Methoden verschiedenartiger therapeutischer Herkunft im Sinne eines wechselseitigen Ergänzungsverhältnisses (in Anlehnung an PONGRATZ, 1973)

therapeutischer Methoden und damit einen Anstoß zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit dar.

Die Forderung des praktisch arbeitenden Psychotherapeuten nach von theoretischer wie von empirischer Seite her abgesicherten Anhaltspunkten und Richtlinien für Integrations- und Kombinationsversuche - besonders für die Frage, bei welchen Klienten und welchen Problemen welche Intervention zur Erreichung einer angestrebten Veränderung angewendet werden soll - steht ein als völlig unbefriedigend zu bezeichnender Forschungsstand der Entwicklung und Überprüfung integrativer Konzepte gegenüber.

So finden sich zwar integrative und methodenkombinierende Ansätze in den verschiedenen Bereichen - z.B. in der Ausbildung von Gesprächspsychotherapeuten (vgl. STAUSS, 1975); in der Ausbildung in partnerzentrierter Gesprächsführung (ROLOFF, 1976); bei gruppendynamischen Lernverfahren (DORST, 1977) - wobei die unterschiedlichsten Auffassungen und Ansatzpunkte schon eine einheitliche Definition des Begriffes "Integration" geschweige denn eine Klärung der theoretischen Basis und der Zielvorstellung erschweren (vgl. BOMMERT/PLESSEN, 1978).

So wird Integration gefaßt als:

- a) zeitliche Verknüpfung (simultan oder sukzessiv) von Interventionselementen unterschiedlicher Konzepte in unsystematischer, frei kombinierbarer Aneinanderreihung;
- b) Erweiterung von Konzepten und Methoden durch Elemente verschiedener Modelle, wobei die Orientierung am orthodoxen Konzept erhalten bleibt, eine Modifikation innerhalb der vorgegebenen Grenzen des zugehörigen Systems (vgl. BAUMGÄRTL, 1976)
- c) eine theorieübergreifende Kombination von Methoden und Kategorien unterschiedlicher Systeme zu einem neuen, in sich abgeschlossenen Konzept (vgl. BASTINE, 1976).

In dieser Arbeit wird Methodenkombination definiert als "systematisch geplante Verbindung unterschiedlicher Elemente der Verhaltens- und Erlebensmodifikation zu einem komplexen Veränderungskonzept unter

bestimmten Zielperspektiven". Diese Definition stellt - mit der Betonung auf "zu einem übergreifenden, komplexen (Gesamt-)Veränderungskonzept" - einen "Mittelweg zwischen den beiden letzten Begriffsbestimmungsversuchen dar und umfaßt somit die Bestimmungsstücke der Definition von Kombination und Integration (s.o.).

Gemessen an dem Fernziel: Schaffung einer übergeordneten Konzeption von "kombinierten Interventionsstrategien" (PLESSEN/BOMMERT, 1976), die einen Orientierungsrahmen zum Vorgehen bei empirischen Fragestellungen sowie einheitliche, empirisch gesicherte Antworten zur Indikationsfrage bietet, weisen sämtliche bisherige Ansätze spezifische Nachteile und Einseitigkeiten auf. So mangelt es den Ansätzen zur schulübergreifenden Integration verschiedener Konzepte auf theoretischer Ebene an empirischer Überprüfung (BASTINE, 1976; KAMINSKI, 1970).

Einen Beitrag zur "Integrationsbewegung" versucht diese Arbeit mit der Fragestellung: die Realisierbarkeit und Effektivität einer spezifischen Form von Methodenkombination zu leisten und diese hinsichtlich der theoretischen Voraussetzungen einzuordnen, ~~das~~ auf eine spezifische Zielpopulation (lernbehinderte Sonderschüler) hin konzipierte methodenkombinierte Behandlungskonzept gegenüber den schulengebundenen Konzepten, aus denen die neu kombinierten Interventionselemente stammen, zu prüfen und im Gesamtrahmen des theoretisch/praktischen Forschungsstandes im Bereich der Erlebens- und Verhaltensmodifikation zu bewerten.

Global läßt sich das Ziel dieser Untersuchung dahingehend bestimmen, daß die Überlegenheit eines schulübergreifenden methodenkombinierten Vorgehens in einem gruppentherapeutischen Ansatz gegenüber den schulengebundenen theoretisch/methodisch divergieren-

den Ursprungskonzepten der Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie nachzuweisen ist: bietet Methodenkombination erwiesenermaßen eine effiziente Alternative zu den traditionellen Therapieansätzen und ist damit bei der ausgewählten Zielpopulation indiziert? (spezifische Untersuchungsfragestellungen s. II. C.2.).

Die Entscheidung für den Ansatzpunkt dieser Arbeit als empirisch-experimentelle Therapievergleichsstudie - bei der es nicht so sehr um die Verifizierung/Falsifizierung einzelner, eng umschriebener Hypothesen (im Sinne eines bedingungsanalytischen Vorgehens: etwa: welcher Faktor, welche Variable der Methodenkombination ist für die Veränderung entscheidend?) sondern im Sinne einer Erkundungsstudie um die globale Wirksamkeit einer komplexen kombinierten Veränderungsstrategie geht - orientierte sich an:

- praxisrelevanten Gründen, die ein Warten auf ein optimales Behandlungskonzept (i.S. des skizzierten Fernzieles) und die Lösung der Indikationsfrage durch die Einschränkung therapeutischer Hilfsmöglichkeiten bei Orientierung an herkömmlichen Behandlungskonzepten ausschließen;

- an der Forderung nach gesicherten Aussagen über Quantität und Qualität von Effekten methodenkombinierender Maßnahmen im Hinblick auf Therapie-Schulen-übergreifende Ausbildung (PLESSEN / BOMMERT, 1976);

- am Anspruch: aus der Menge der untersuchbaren Fragestellungen zu Möglichkeiten der Integration/Kombination durch Reduzieren auf ausgewählte Ursprungskonzepte, auf einige Variablen und Zielbereiche bei einer bestimmten Zielgruppe, einen Beitrag zur Frage der differentiellen Psychotherapie-Indikation (GRAWE, 1976, 1978, BOMMERT, 1977) zu leisten.

Differentielle Psychotherapie-Indikation fragt danach "welche Art von Behandlung bei welcher Person mit welchen spezifischen Problemen unter welchen Bedingungen mit welchen Zielen wirksam ist" (BOMMERT,

1977, S. 152) und fordert demnach therapeutische Vergleichsuntersuchungen zur Identifikation differentieller Effekte als gemeinsames Forschungsanliegen aller Formen psychologischer Therapie. Gesicherte Aussagen über differentielle Wirksamkeit therapeutischer Interventionen (GRAWE, 1976, PLOG, 1976) unterstreichen die Bedeutsamkeit der differentiellen Fragestellung innerhalb der Psychotherapieforschung.

Forschungsmethodologisch schließt sich diese Arbeit den Forderungen GRAWEs an, wonach therapeutische Vergleichsuntersuchungen nur dann zur Erweiterung klinischen, indikationsrelevanten Veränderungswissens beitragen können, wenn sie an klinischen Populationen in realen Therapiesituationen durchgeführt werden, in denen jede Therapieform in der ihr angemessenen Weise verwirklicht wird" (GRAWE, 1976, S. 17) und - zur Rückführung differentieller Effekte - "eine genaue Spezifizierung der Therapietechniken ... durch eine operationalisierte Unterscheidung von anderen therapeutischen Techniken sowie eine gewisse Homogenisierung der Patientenstichprobe und ihre genaue Beschreibung anhand von demographischen, psychopathologischen und Persönlichkeits-Merkmalen" (GRAWE, 1978, S. 1858, Unterstreichung von mir) erfolgt.

Von daher leitet sich die Begründung für die ausführliche Beschreibung der Therapiekonzepte dieser Untersuchung und die genaue Darstellung der psychosozialen Merkmale der beispielhaft ausgewählten Zielpopulation der lernbehinderten Schüler ab, dieser "Randgruppe", die bislang von der klinisch-psychologischen Forschung "vernachlässigt" worden ist.

2. Zum Aufbau dieser Arbeit:

Im einzelnen gibt Kap. 1 einen Überblick über generelle Theorie- und Praxisaspekte der Konzepte und Methoden von Integration und Kombination in verschiedenen Anwendungsbereichen der Psychotherapie. Ziel dabei ist, eine Standortbestimmung des eigenen Ansatzes im Hinblick auf Notwendigkeit, Möglichkeiten und Probleme übergreifender Kategorien therapeutischen Handelns zu leisten.

Da die Auswahl der zu kombinierenden Elemente des neuen Therapiekonzepts bei der theoretischen Herleitung in Anlehnung an die orthodoxen Ausgangstheorien, Ursprungskonzepte der Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie erfolgt, werden im 2. Kapitel Abgrenzungsgesichtspunkte, Defizite und Grenzen der orthodoxen Ursprungskonzepte in theoretischer und praktischer Hinsicht (Grundannahmen, Ziele, Menschenbild ...) herausgearbeitet. Damit wird der Bezugsrahmen zur Ablösung von orthodoxen Konzepten aufgrund ihrer spezifischen Grenzen hin zu deren Überwindung durch ein neues, methodenkombinierendes Therapiekonzept geschaffen.

Den theoretischen Teil dieser Arbeit beschließt das 3. Kapitel, in dem eine Auseinandersetzung mit den Auswirkungen dieser Grenzen und Einseitigkeiten der "methodenreinen" Therapierichtungen in ihren Anforderungen an den Therapeuten erfolgt. Von den eher "persönlichkeitsbezogenen" und "eher verhaltensorientierten" Konzeptionen der Therapeut-Klient-Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-therapie her, werden Anhaltspunkte für die in Ausbildung, Supervision und Praxis zu beachtenden Problembereiche der Anforderungen an den methodenkombinierenden Therapeuten thematisiert.

Im empirischen Teil folgt ein Überblick über den Gesamtablauf der Haupt- und Nachuntersuchung und

die Begründung der Wahl dieser Zielgruppe für die Fragestellung der Arbeit (Kap. II.A.1.). Nach der Darstellung der psycho-sozialen Situation der Zielpopulation "lernbehinderte Sonderschüler" (Kap. II. A.2.), der daraus abgeleiteten Zielbereiche (Kap. II. B.1.) und Therapiekonzepte in ihrer operationalisierten Abgrenzung voneinander (Kap. II.B.2.) folgen Angaben zu den verwendeten Meßinstrumenten, den Untersuchungsfragestellungen und spezifischen Daten zur Untersuchungsdurchführung von Haupt- und Nachuntersuchung (Kap. II.C.1.+2.).

Der Ergebnisteil bringt in der Darstellung und Interpretation die Beantwortung der Hypothesen, aufgeteilt nach: Realisierbarkeit des methodenkombinierten Konzepts (im Kap. III.A.2.), Effekte des methodenkombinierten Konzepts im Vergleich zu den orthodoxen Konzepten (Kap. III.B.1-6).

Im Diskussionsteil wird die Bewertung und Einordnung der gewonnenen Daten in bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit vorgenommen: im Rückkoppeln auf die im theoretischen Teil angesprochenen Problembereiche (Ausbildung, Theorie und Praxis der orthodoxen Therapierichtungen) werden die Ergebnisse in ihrem Stellenwert verdeutlicht.

Das Schlußkapitel bringt weiterführende Fragen und Folgerungen zur Theorie und Praxis der Integration und Kombination in Richtung auf ein schulenübergreifendes Gesamtkonzept kombinierter Interventionsstrategien.

I. THEORETISCHER TEIL

A. INTEGRATION/KOMBINATION

Tendenzen zur Integration und Kombination in Forschung und Praxis im Gesamtbereich der Therapieformen

Zur Kennzeichnung des gegenwärtigen Zustandes im Gesamtbereich der Therapie reichen die Bezeichnungen von der Feststellung "daß man an einem toten Punkt angelangt ist" (vgl. PLESSEN/BOMMERT, 1976) über die Feststellung der "wachsenden Unzufriedenheit über eingeeengtes psychotherapeutisch-methodisches Handeln" (MINSEL/ZIELKE, 1977) bis zu dem als "desolat" von BASTINE (1975) bezeichneten Zustand, den PONGRATZ (1973) eine Krise der Psychotherapie nennt. URBAN und FORD (1971) kennzeichnen die derzeitige Situation durch miteinander in Konflikt stehende und konkurrierende Richtungen der "orthodoxen Schulen". Sowohl die Theoriebildung als auch die Praxis in der Psychotherapie sind durch einen Streit konkurrierender Orientierungen erschwert. Forschungsuntersuchungen werden oftmals "konkurrierend" angelegt, d.h. zum Nachweis der Wirksamkeit einer bestimmten Form oder "Schule" der Verhaltensmodifikation.

Dem gegenüber steht die Situation des Praktikers von heute, der die Grenzen zwischen den verschiedenen Richtungen ständig überschreitet, indem er aus der Vielfalt ständig neu entstehender Methoden Techniken herausgreift, um sie mit traditionellen klinischen Methoden zu koppeln, oder indem er in der therapeutischen Praxis zunehmend unterschiedliche therapeutische Elemente mit dem Ziel, gleichsam "das Gute" aus allen Therapieformen herauszuziehen, kombiniert.

Diese eher subjektive Kombination unterschiedlicher therapeutischer Vorgehensweisen des Praktikers und die wachsende Erkenntnis, daß das Festhalten an "ortho-

doxen Schulrichtungen" die therapeutischen Hilfsmöglichkeiten besonders für spezielle Klientengruppen einschränkt (vgl. z.B. BOMMERT et al. 1975, MINSEL, 1974), bedingt die stete Zunahme an Überlegungen und konkreten Ansätzen zu therapeutisch-methodischer Integration.

Als Ziel dieser Ansätze zur Kombination und Integration unterschiedlicher therapeutischer Vorgehensweisen nennen JANKOWSKI et al. (1976) den "Weg von der subjektiven Ekklēktik zu einer theoriegeleiteten und empirisch untermauerten Therapiekombination".

Unter Methodenkombination wird in dieser Arbeit verstanden: Die VERBINDUNG methodischer Elemente unterschiedlicher therapeutischer Richtungen bzw. Schulen zu einem übergreifenden (Gesamt-) Therapiekonzept.

Im folgenden soll ein Überblick über die bereits bestehenden Ansätze in Theorie und im Praxisbereich hin zu diesem Ziel zur Überwindung der derzeitigen Situation in der Psychotherapie geschildert werden, die von den zwei (wesentlichen) therapeutischen Schulen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie (GPT und VT) ausgehen.

1. Übergreifende Kategorien therapeutischen Handelns

1.1 Theoretische Ansätze zur Integration/Kombination

Im folgenden sollen theoretische Ansätze vom mehr "allgemeinen Konzept" zur Integration/Kombination therapeutischen Handelns (BASTINE, 1975, MARTIN, 1975) bis hin zu auf spezielle Klientengruppen (MANDEL u.a., 1971, BAUMGÄRTEL, 1976, SCHMIDTCHEN, 1974, 1976) zielende Therapiekonzepte reichend beschrieben werden.

Der unter die differenziellen Ansätze einzuordnende Versuch BASTINES (1975) mit der Formulierung von psychotherapeutischen Interventionsstrategien soll dazu beitragen, "die scheinbar unterschiedlichen Arten der Einflußnahme von Gesprächs- und Verhaltenstherapeuten gemeinsam zu betrachten" (S. 56). Die vergleichende Beschreibung von Therapietechniken anhand eines gemeinsamen Kategoriensystems soll als ein Schritt hin auf eine gemeinsame Sprache innerhalb der theoretischen Systeme und einer einheitlichen Definition von Therapiezielen sowie Handlungsanweisungen für Therapeuten verstanden werden.

Ohne eine empirische Abklärung der Bedeutung dieses theoretischen Ansatzes für den psychotherapeutischen Prozeß und ohne eine übergreifende theoretische Einbettung (vgl. BOMMERT, 1976, S. 155) kann der Ansatz von BASTINE nur als theoretische Vorstufe und als "noch in den Kinderschuhen steckend" (GRAWE, 1976, S. 46) betrachtet werden.

Lediglich beschreibende Funktion ohne bisherige empirische Überprüfung dieses theoretischen Ansatzes hat auch der Versuch von TSCHULIN (1972).

Mit Hilfe des kommunikationstheoretischen Erklärungsmodells versucht TSCHULIN die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie als Kommunikationsprozeß darzustellen, bei dem "das entscheidende Erklärungsprinzip für Veränderung die Interaktion zwischen Klient und Therapeut ist." Somit nimmt TSCHULIN an, die Polarisierung zwischen Gesprächspsychotherapie als "Einsichtstherapie" und der Verhaltenstherapie durch eine übergreifende kommunikationstheoretisch orientierte Theorie des psychotherapeutischen Prozesses zu überwinden.

Als Möglichkeit zur Auflösung von starren Therapieformen und Therapieschulen versteht FRANKE ihre Überlegungen, jede therapeutische Intervention unter das allgemeine "Paradigma des Problemlöseverhaltens" (FRANKE, S. 214) einzuordnen.

In diesem Modell, den gesamten therapeutischen Prozeß als Problemlösen ermöglicht dem Therapeuten "ein mehr an Handlungskompetenz" (S. 214) durch Bereitstellen eines Gesamtkatalogs von möglichen Verhaltensweisen, die der Therapeut in jedem einzelnen Therapie-schritt differenziell je nach spezifischen Bedingungen des jeweiligen Klienten einsetzt. Daraus ergibt sich die Forderung für die Autorin, dem auszubildenden Therapeuten nicht wie bisher Therapieformen wie Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie als "Pakete" (S. 215), mit denen er hantieren soll, sondern ein möglichst breites Spektrum hilfreicher Verhaltensweisen zur Verfügung zu stellen.

Dieser Ansatz von FRANKE kommt dem Anliegen dieser Arbeit, dem Therapeuten ein möglichst breites Spektrum hilfreicher Verhaltensweisen für eine spezifische Klientenpopulation zur Verfügung zu stellen, nahe. Die Frage der Indikation und Kombinierbarkeit der "Einheiten therapeutischen Verhaltens verschiedener theoretischer Herkunft, die die "Einheit in Therapierichtungen" ablösen soll, bleiben offen.

Als Versuch, die "Gesprächs-Psychotherapie" (vgl. MARTIN, 1975) lern- und konflikttheoretisch zu erklären, ist der Theorie-Ansatz von MARTIN (1975) zu bewerten.

Gegen die Fortsetzung des therapeutischen Schuldenkens wendet sich der Autor durch seine Befürwortung der Synthese verschiedener theoretischer Schulmeinungen. Er sieht seinen Ansatz als "in systematischer Weise eklektisch aus den Beiträgen unterschiedlicher theoretischer Ansätze für verschiedene Bedingungen Nutzen zu ziehen" (MARTIN, 1975, S. 174).

(Auf die Gefahren eines eklektischen Vorgehens, die MARTIN (S. 179) durchaus deutlich macht, wird in dieser Arbeit unter dem Punkt I.A.3.3. "Probleme, Gefahren der Methodenkombination" eingegangen.) Mit diesen Erklärungsmodellen aus der Lern- und Konflikttheorie wird Gesprächspsychotherapie als Methode zur Reduktion internal motivierter Konflikte gesehen.

Einen wesentlichen Schritt hin zur Integration verschiedener Schulen sieht MARTIN vorrangig in der

Überprüfung der Terminologie der einzelnen Schulen auf Übersetzbarkeit in eine gemeinsame Sprache und der Überprüfung der Möglichkeiten, Erklärungsmodelle anderer Therapieschulen zu übernehmen. Als Beispiel nennt er den Ansatz von TRUAX/CARHKUFF (1967) die klientenzentrierte Therapie durch Lernkonzepte zu erklären. Erst wenn sich der ständige Versuch zur Übernahme von Erklärungsmodellen aus unterschiedlichen theoretischen Ansätzen hin zur Integration als unmöglich erweist, sollte nach MARTIN (1975, S. 176): "die Koexistenz unvereinbarer Vorstellungen vorübergehend toleriert werden."

Wie auch der Ansatz von TSCHULIN (1975) hat dieser Ansatz von MARTIN bisher noch keine entscheidende Wirkung auf Forschung und Praxis in der Psychotherapie gehabt; möglicherweise wegen der von BOMMERT (1977) als Nachteil angesehenen Komplexität dieses Ansatzes wie auch der Mangel von "empirischen Hinweisen darauf, ob die Gesprächspsychotherapie mit dieser Theorie kompatibel ist."

PERREZ (1975) entwickelte zur Überprüfung der wesentlichen Aussagen von MARTIN (1975) Designstrukturen, deren empirische Ergebnisse allerdings noch ausstehen. (PERREZ, S. 86 ff.). PERREZ stellt (vergleichende ?) Versuchspläne zur Behandlung internal motivierter Konflikte vor, einmal ausgerichtet nach verhaltenstherapeutischen Methoden zur Angstverminderung, andererseits von gesprächstherapie-analogen Verhalten: Kombination von Dekonditionierung der Angst und selektiver Verstärkung der Konflikt-Annäherungstendenz.

Im Bereich der Ehe- und Partnertherapie wurde durch das Konzept von MANDEL u.a. (1971, 1975) eine Synthese zwischen der kommunikationstheoretisch fundierten Familientherapie, der lernpsychologisch orientierten Verhaltenstherapie mit tiefenpsychologischen und gesprächstherapeutischen Elementen geschaffen. Im Gegensatz zu den neueren Forschungsansätzen im Bereich der Ehe- und Partnertherapie (vgl. SEEBASS, 1977) wird hier das Konzept der klientenzentrierten Vorgehensweise mit Bezug auf ROGERS (1970, 1972) "nur" in Form von gesprächstherapeutischen Elementen eingesetzt, Schwerpunkte bildet der Rahmen der Kommunikations- und Verhaltenstherapie.

Für die Therapie von Partnerkonflikten sollte nach MANDEL u.a. (1975, S. 183) "eine Vielfalt therapeutischer Ansätze zur Verfügung stehen und miteinander sinnvoll verbunden" werden. Die Integration von Methoden verschiedener psychotherapeutischer Methoden geschieht in der Praxis nach einem "phasischen Therapiekonzept" (EBENDA, S. 165, vgl. auch SCHMIDTCHEN, 1976), indem je nach der jeweiligen Situation mehrere Techniken in verschiedener Reihenfolge angewendet werden. Eine Methodenkombination im Sinne unserer Definition: "Integration methodischer Elemente unterschiedlicher therapeutischer Richtungen bzw. Schulen zu einem übergreifenden Therapiekonzept" findet hier nicht statt.

Um für die Ehe- und Partnertherapie mit ihren speziellen Klientenzielbereichen ein breiteres Repertoire an Interventionstechniken zur Verfügung zu haben als in der "methodenreinen" Gesprächspsychotherapie, entwickelte in einem neueren Forschungsprojekt (vgl. SEEBASS, 1977, S. 15) in Anlehnung an MANDEL/MANDEL (1971, 1975) in einer noch nicht abgeschlossenen Untersuchung eine Forschungsgruppe ein integratives Therapiekonzept zur Partnertherapie.

Auf der Ausgangsbasis des klientenzentrierten Vorgehens werden in Richtung auf definierte Zielbereiche (z.B. Sich selbst mitteilen können, Auf den anderen eingehen können, Über die Kommunikation selbst reden ...) Elemente aus Verhaltenstherapie und Gruppendynamik mit kommunikations- und Gesprächspsychotherapeutischen Methoden kombiniert.

BAUMGÄRTEL (1976) geht "im Grundprinzip von einer psychodynamischen Konzeption der Persönlichkeit aus" (1976, S. 126). Er sieht in seinem durch Abwägung einzelner Therapieansätze der verschiedenen therapeutischen Schulen entstandenen Konzept zur Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie eine Integration von Elementen der orthodoxen Psychoanalyse (mit Elementen wie Interpretation, Übertragung) und der klientenzentrierten Therapie nach ROGERS (mit dem wesentlich-

sten Element der Reflexion) sowie kommunikations- und lernpsychologischen Erkenntnissen. Der Autor grenzt sein "integriertes Konzept", das den Schwerpunkt auf die Ausbildung für "den Kindertherapeuten" allgemein legt, von der Verhaltenstherapie und heilpädagogischen Therapieform ab. Er sieht in der Verhaltenstherapie und heilpädagogischen Therapie Nachbargebiete mit andersartigen Anwendungsgebieten, die wohl eine "wertvolle Ergänzung zum Wohle der Patienten darstelle" (BAUMGÄRTEL, 1976, S. 12), doch in dieses integrierte Konzept nicht aufgenommen werden. Der Autor gesteht zwar zu, daß die Diskussion der letzten Jahre den Nachweis erbracht habe, daß auch diese Nachbargebiete zahlreiche Elemente enthalten, die eine Integration mit der Psychotherapie nicht ausschließen (vgl. S. 12), doch läßt er offen, aus welchen theoretischen oder praktischen Überlegungen er eine solche Integration ablehnt.

Die Verhaltenstherapie dient nach BAUMGÄRTEL (1976) "nur" zur Minderung gravierender Einzelsymptome außerhalb einer Psychotherapie, die "durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen ... zunächst auf ein erträgliches Maß reduziert werden sollten" (S. 130).

In einer m.E. vagen Art spricht BAUMGÄRTEL (1976) über eine Kombination von Therapieformen: "Bisweilen ist auch eine Kombination der folgenden Art zu erwägen:

- Spieltherapie, um das Kind kommunikationsfähig zu machen
- Verhaltenstherapie zur Minderung gravierender Einzelsymptome
- Spieltherapie zur Weiterentwicklung und Harmonisierung der Persönlichkeit." (S. 131).

Offen bleibt, ob diese Therapiemaßnahmen parallel verlaufen, ob sie in irgendeiner Form kombiniert werden, welche Ziele diese Kombination verfolgen könnte ... usw.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß das integrierte Therapiekonzept von BAUMGÄRTEL bisher noch nicht durch empirische Untersuchungen auf seine Realisierbarkeit und Kombinierbarkeit der einzelnen Therapeutenverhaltensweisen überprüft wurde. Somit bleibt dieser Integrationsansatz in der Kinderpsychotherapie auf einer mehr theoretisch-allgemeinen Ebene.

Im Bereich der Kindertherapie gab es bis zu der Effektivitätsuntersuchung von SCHMIDTCHEN (1974) keine zusammenhängende Darstellung einer Therapieform, die mehrere "Schulen" berücksichtigte. SCHMIDTCHEN erhebt die Forderung "an eine empirische Diagnostik- und Therapieforschung", einen integrativen Ansatz zu finden (SCHMIDTCHEN, 1976). Die einzige Möglichkeit dazu sieht SCHMIDTCHEN in dem Bemühen der verschiedenen therapeutischen Richtungen, sich auf eine einheitliche Sprache

zu einigen (vgl. BASTINE, 1975) und um angemessene Beschreibungskriterien zur Effektivität ihrer therapeutischen Bemühungen zu entwickeln. Dies impliziere (SCHMIDTCHEN, 1976, S. 25) die Angabe von Indikationskriterien, von Bedingungen, die vom Therapeuten zu realisieren sind und der Effekte, die beim Klienten angestrebt werden sollen.

Unter KOMBINATION versteht SCHMIDTCHEN die Wahl einer Haupttherapiemethode und die Kombination mit Begleitmethoden im Sinne einer differentiellen Therapie-strategie: z.B. Spieltherapie als eine psychotherapeutische Methode und Verhaltenstraining in der Schule als verhaltenstherapeutische Interventionsart. Hiermit sind Therapieformen, die parallel in verschiedenen Lebensbereichen des Kindes laufen, kombiniert.

2. Empirische Ansätze zur Integration/Kombination

Aus den empirischen Ansätzen zur Integration/Kombination therapeutischer Methoden möchte ich im folgenden die Ansätze der Erwachsenen- und Kindertherapie heraus-

greifen, die unter die Definition der "kombinierten Verfahren" von PONGRATZ (1973) fallen.

PONGRATZ versteht unter kombinierten Verfahren die simultane oder sukzessive Anwendung von Methoden verschiedenartiger therapeutischer Herkunft im Sinne eines wechselseitigen Ergänzungsverhältnisses. Diese "weite" Definition von PONGRATZ stellt Anfangsschritte von Vorgehensweisen zur Aufweichung geschlossener Therapiesysteme dar, die in Richtung auf die Möglichkeit einer direkten Kombination therapeutischer Methoden unter einem übergreifenden theoretischen Modell zielen. Ein weitergehender Schritt hin zu diesem Ziel wäre die Intention dieser Arbeit unter der Definition von Methodenkombination: Unter Methodenkombination wird in dieser Arbeit die VERBINDUNG methodischer Elemente unterschiedlicher therapeutischer Richtungen bzw. Schulen zu einem übergreifenden (Gesamt-) Therapiekonzept, verstanden.

Nach BAUMGÄRTEL (1975, S. 18) lassen neuere Ansätze der theoretischen Betrachtung des psychotherapeutischen Prozesses in der Erwachsenentherapie erkennen, daß zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Integration verschiedener therapeutischer Techniken oder Schulen vorzugsweise auf dem Praxisbereich versucht wird.

Beispielsweise stellen KANFER/PHILLIPS (1975, S. 211) eine Einzelfallstudie vor, in der Desensibilisierungsverfahren mit Interviews kombiniert wurden, in denen der Therapeut versuchte, "mit Einfühlung, Wärme und direkter Befragung einen Prozeß der Selbsterkundung" in 14 Sitzungen zu fördern. KANFER/PHILLIPS werten diese "Zusammenschlüsse und Neukombinationen von Techniken, die man in der klinischen Literatur derzeit nur in vereinzelten Fällen" findet, als "Veranschaulichung des Prinzips der Fruchtbarkeit einer flexiblen Haltung, die ... versucht, verschiedene Elemente neu zu kombinieren, um den Bedürfnissen des einzelnen Patienten gerecht zu werden".

Da keine Operationalisierung der dem klientenzentrierten Vorgehen nahen Therapeutenvariablen beschrieben wird, ist schwer abzuschätzen, ob es sich um eine "echte" Kombination (im Sinne der Definition in dieser Arbeit) therapeutischer Methoden handelt.

Das Gleiche gilt für einen Bericht von KLUMBIES (1975) in einem Kongreßbeitrag zur Lage der Psychotherapie in sozialistischen Ländern (Hrsg. HAUSNER u.a., 1975) über "Notwendigkeit und Vorteile der Methodenkombination in der Psychotherapie."

Darin berichtet KLUMBIES von signifikant besseren Ergebnissen und signifikant weniger Behandlungsabbrüchen durch Methodenkombination bei (411 erwachsenen) Psychotherapiepatienten in der DDR. Methodenkombination wird von ihm umschrieben mit: autogenem Training, Hypnose und rationaler Psychotherapie, wobei diese Therapiemethoden nicht näher beschrieben sind. Der Autor sieht Methodenkombination als eine Neurosebehandlung von mehreren Angriffspunkten aus (S. 163) und empfiehlt eine Kombination von Gruppenpsychotherapie und autogenem Training.

2.1. Kindertherapie:

Der Ansatz von BAUMGÄRTEL (1975) zu einem integrierten Konzept in der Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie (vgl. BAUMGÄRTEL, 1975, 1976) legt den Schwerpunkt in der Entwicklung dieses neuen Therapiekonzepts auf Konsequenzen dieses Therapiemodells in der Ausbildung von Kinderpsychotherapeuten

Aufgrund der ersten Erprobungsergebnisse dieses Programms zum integrierten Kinderpsychotherapiekonzept im Hinblick auf Methodenkombination sind einige Parallelen zu unseren Therapeutenverhaltensmerkmalen (s.II.B.2.) aufzuzeigen.

Als Integration der drei Therapieansätze: Analytische Kinderpsychotherapie, Klientenzentrierte Kinderpsychotherapie und eines kommunikationsanalytischen Modells bezeichnet BAUMGÄRTEL (1975, S. 29) sein Therapiekonzept, aus dem folgende Merkmale des Therapeutenverhaltens abgeleitet sind:

1. Konzentriertes Interesse
2. Nicht-direktives Verhalten und indirekte positive Lenkung (z.B. Reflexion von Gefühlen, vgl. SCHMIDTCHEN, 1974, S. 40); Verstärkung von Zielbereichen, Deutungen versus negative Lenkung (z.B. Lob und Tadel, Vorschläge und Informationen, Ratschläge)
3. Sicherheit
4. Einfühlende Distanz
5. Verhaltenskonsistenz (z.B. verbale und nichtverbale Übereinstimmung der Therapeutenverhaltensweisen)

⁺ Diese Therapeutenverhaltensmerkmale wurden in der Verhaltensschulung an hundert Studenten und praktisch tätigen Psychologen und einer entsprechenden Kontrollgruppe (vgl. BAUMGÄRTEL, 1975, S. 55) überprüft und erprobt, mit dem Ziel, dem Praktiker Handlungsanweisungen und Konzepte vorzulegen, um damit die Basis für ein weitgehend einheitliches kindertherapeutisches Handeln zu schaffen.

Im Hinblick auf Integration verpflichtet sich BAUMGÄRTEL der psychodynamisch/psychoanalytischen Konzeption der Persönlichkeit (z.B. mit Problemen der Übertragung, Gegenübertragung) und baut mit ein klientenzentrierte Elemente wie: nicht-direktives Verhalten, Reflexion von Gefühlen, einfühlsame Distanz, eher verhaltenstherapeutischen Elementen (teilweise als Erklärungsprinzipien wie z.B. Modellernen, ...) sowie Verstärkung von Zielbereichen durch Akzentuieren, besondere Zuwendung ...; sowie "Shaping" (schrittweises Formen des Klientenverhaltens in Richtung auf das Verhaltensziel, z.B. Annähern an Konfliktlösungen).

Eine stärkere Verankerung therapeutischer Verfahren an der Lerntheorie lehnt BAUMGÄRTEL ab (1976, S. 129). Er bezeichnet die Bemühungen von SCHMIDTCHEN (1974) und GOETZE u.a. (1974) therapeutische Verfahren "an den Prinzipien des instrumentellen Lernens zu orientieren" als einen Bruch mit den Prinzipien der Psychotherapie" (S. 129). Verhaltenstherapeutische Maßnahmen dienen nach der Meinung des Autors dazu, Einzelsymptome des Klienten außerhalb der Psychotherapie auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, die Psychotherapie aber sollte auf die Gesamtpersönlichkeit und das gesamte Umfeld des Klienten zielen.

Verhaltensauffällige Kinder:

In der integrierten therapeutisch-sonderpädagogischen Förderung verhaltensgestörter Kinder an einer Hamburger Gesamtschule (PRIOR, 1975) wurden mit dem Ziel, das Verhalten zur sozialen Umwelt neben der Selbsteinschätzung (dem Umgang mit dem Ich) zu ändern, Verhaltensstörungen der Kinder, wie z.B. Kontaktlosigkeit, extreme Angst vor Lehrern, stark zurückgezogenes Verhalten, nicht mehr steuerbare Wutausbrüche ... mit der Kombination verbaler Techniken, zu denen Beratung, konfliktzentrierte Gesprächstherapie, Puppenspiel, Rollenspiel, Psychodrama gehören sowie körper-

liche Übungen und Förderungen des Umgangs mit Material, angewandt. Nähere Ergebnisse über die Effektivität dieser Kombinationsversuche werden nicht berichtet.

Über Abänderungen der klientenzentrierten Spieltherapie für verhaltensauffällige Kinder, deren Störungen u.a. mitverursacht sind durch eine minimale zerebrale Dysfunktion, berichtet GÖBEL (1976) aufgrund praktischer Erfahrungen.

Neben den klientenzentrierten Verhaltensweisen muß das therapeutische Verhalten eine stärkere Steuerung der Wahrnehmung des Kindes und seines Handelns beinhalten. Neben emotionalen Inhalten sollte der Therapeut aktionale und kognitive Momente häufiger und intensiver beachten und verbalisieren. Rückmeldungen, Lenkungen, Hilfen und Grenzsetzungen sollen planmäßig und gezielt eingesetzt werden.

Als Therapieziele für diese Sondergruppe nennt GÖBEL (1976, S. 43): Erlernen neuer adäquater Verhaltensweisen, Angstabbau, Abnahme von Aggressivität, verbesserte Frustrationstoleranz, Verbesserung der Verbalisationsfähigkeit, Erhöhung des Selbstwertgefühls ... usw. Die Unstrukturiertheit der klientenzentrierten Spieltherapiesituation durch handlungsunterstützende Verhaltensweisen des Therapeuten wie das Anbieten von geeignetem Material, das schrittweise Anbieten von Lösungsmöglichkeiten und Strukturierung der Situation

Zu den Variablen des klientenzentrierten Spieltherapeutenverhaltens kommen verhaltenstherapeutische Aspekte wie bekräftigende Stellungnahmen des Therapeuten bei erwünschtem Verhalten, Information, Lenkung, die in jedem Falle als ein Angebot an das Kind betrachtet werden, die ihm weitgehend die Freiheit der Entscheidung überlassen, wie es sich verhalten will. Diese Überlegungen von GÖBEL (1976) werden nicht explizit als Methodenkombination, als Integration methodischer Elemente der unterschiedlichen therapeutischen Richtungen zu einem Therapiekonzept für diese Sondergruppe von verhaltensauffälligen Kindern verstanden. Die Autorin will den beliebigen und planlosen Abänderungen der klientenzentrierten Spieltherapiemethode entgegenwirken, plädiert aber dafür, diese notwendigen

Abänderungen im Einzelfall neu zu überdenken und für jede Therapie zu planen; sie sieht aber keine Möglichkeit, die speziellen Aspekte und Abänderungen im Hinblick auf eine Methodenkombination (dieser Begriff taucht in dem ganzen Artikel nicht auf) in ihrem Ausmaß präzise zu bestimmen. Ein übergreifendes Gesamtkonzept für diese Sondergruppe der verhaltensgestörten Kinder mit minimaler zerebraler Dysfunktion, das dem Therapeuten für die aktuelle therapeutische Situation Hilfen zur Kombination von Spieltherapie und eher verhaltenstherapeutischen Elementen geben könnte sowie eine empirische Überprüfung der Effektivität der Abänderung des Therapeutenverhaltens fehlen.

In ihren Arbeiten zur Aufstellung von Beschreibungsmodellen und Kategoriensystemen zum differentiellen Therapeutenverhalten in der Kinderpsychotherapie integrieren SCHMIDTCHEN und seine Mitarbeiter (vgl. SCHMIDTCHEN, 1971, 1973; SCHMIDTCHEN/KLÄNING, 1974; KAATZ/SCHMIDTCHEN, 1976) klientenzentrierte und lerntheoretische Ansätze.

Als ein erstes Stadium ist die Ergebnisstudie von SCHMIDTCHEN (1974) zu sehen, in der eine globale Überprüfung der Wirksamkeit klientenzentrierter Spieltherapie und die Schwerpunktsetzung auf Therapieziele (vgl. I.B.4.2.) stattfindet.

SCHMIDTCHEN (1974) versuchte in seiner Untersuchung zur "Überprüfung der Effekte Klient-zentrierter Spieltherapie" die bisherigen Ansätze bei der Aufstellung von Therapiezielen zu integrieren. Durch seinen "Drei-Ebenen-Ansatz":

- a) der aktionalen Ebene (beschäftigt sich mit dem Verhalten),
 - b) rationale Ebene (enthält die Wahrnehmung und das Problemlösen),
 - c) die emotionale Ebene (wird gebildet von Gefühlen, Einstellungen, Wertungen, Interessen und Wünschen)
- integriert er die Annahme "zweier unterschiedlicher Zielrichtungen von Therapie: einmal die Veränderung innerpsychischer Strukturen und zweitens die Veränderung im Verhalten des Individuums" (S. 17).

Zur Erklärung des Prozesses in der klientenzentrierten Spieltherapie erweitert SCHMIDTCHEN (1974) den Ansatz von AXLINE (1947, 1976), der eine konsequente Anwendung der Persönlichkeitstheorie von ROGERS auf die Kinderpsychotherapie darstellt, durch die Hinzunahme einer Verhaltens- bzw. Persönlichkeitsmodifikationstheorie, die primär auf lerntheoretischen Annahmen und Erkenntnissen - vor allem aus dem Bereich des operanten Konditionierens, des Modelllernens - fußt. Aufgrund der lerntheoretischen Überlegungen erweitert SCHMIDTCHEN den klassischen kindzentrierten Ansatz AXLINES durch differenzielle Modifikationstechniken wie: a) Verhaltensformung (Bekräftigen, Ansprechen und Erfragen von Werturteilen), b) Verhaltensstimulierung: (KAATZ/SCHMIDTCHEN, 1976, S. 56) z.B. Modell geben, Denk- und Entscheidungsprozesse stimulieren; c) Verhaltensabbau (Konfrontieren, Provizieren).

Der Einsatz dieser differentiellen, verhaltensmodifikatorischen Techniken ist im dritten und letzten Stadium eines dreiphasischen Verlaufsmodells einer Spieltherapie (LEISTIKOW/SCHMIDTCHEN, 1976, S. 51 f.) anzusiedeln. Im ersten Stadium einer Spieltherapie dienen die Basisvariablen der klientenzentrierten Therapie zur Herstellung eines "Rapportes". Im zweiten Stadium analysiert der Therapeut die Problemsituation des Klienten, greift selektiv Klientenverhaltensweisen zur Modifikation heraus und bildet Therapieziele (Problemanalyse, Verhaltensanalyse).

SCHMIDTCHEN kann somit als quasi "Vorläufer" einer Methodenkombination in der Kindertherapie betrachtet werden, da eine gleichzeitige Kombination therapeutischer Methoden und Techniken verschiedener theoretischer Herkunft nicht stattfindet, wohl aber ein integrierender, phasenspezifischer Einsatz der Teilelemente "klientenzentrierte Therapie", "Verhaltensanalyse" und "Verhaltenstherapie" erfolgt (LEISTIKOW/SCHMIDTCHEN, 1976, S. 55).

2.2. Therapie bei Jugendlichen:

Auch in dem Bereich der Sondergruppe "Jugendliche Deliquenten" finden Modifikationen des gesprächspsychotherapeutischen Konzeptes statt. Wie MINSEL (1974) bei jugendlichen Deliquenten so plädieren auch TAUSCH/TAUSCH (1977) für die Psychotherapie von jugendlichen Heimkindern neben den gesprächspsychotherapeutischen Basisvariablen weitere Variablen mit-einzubeziehen wie z.B. partnerschaftliche Zusammenarbeit des Psychotherapeuten mit dem Klienten am gemeinsamen Problem für ein größeres Ausmaß an Aktivität, oder für eine Konfrontation mit der sozialen Realität (vgl. MINSEL, 1974, S. 93). In der Untersuchung von SARASON/GANZER (1973) erwies es sich als günstig, die Therapiegespräche themenzentriert auf die Probleme der jugendlichen Deliquenten hinzuführen. Als Konzepterweiterung der Gesprächstherapie werden hier genannt: Der Therapeut hilft mit Vorschlägen zu angemessenem Verhalten, er erarbeitet Handlungsalternativen, die von den Jugendlichen in Rollenspielen nachgespielt werden. Im Bereich der Jugendlichen-Therapie findet im Unterschied zur Erwachsenenengesprächstherapie hier ein Ansatz zu Therapeutenzusatzvariablen (vgl. SCHMIDTCHEN, 1976, S. 121) mit einer thematischen Zentrierung auf Probleme der Sozialanpassung neben der auf innere Vorgänge statt.

2.3. Partnertherapie

In dem Forschungsprojekt zur Partnertherapie (vgl. SEEBASS, 1977) wurde durch die Kombination therapeutischer Methoden, die der Methodenkombination in dieser Arbeit in vielen Punkten (worauf ich noch näher eingehen werde) ähnlich verläuft, ein integratives Therapiekonzept erstellt. Grundlage des integrativen Partnertherapiekonzepts ist wie in dem neu entwickelten methodenkombinierten Therapiekonzept dieser Arbeit

das klientenzentrierte Vorgehen im Sinne der Gesprächspsychotherapie. Da ein reines Vorgehen nach dem gesprächspsychotherapeutischen Konzept in bezug auf die Klientenzielbereiche bei dieser Population die therapeutischen Hilfsmöglichkeiten einschränkt - das haben in bezug auf die Zielgruppe dieser Arbeit: "lernbehinderte Sonderschüler" ebenfalls mehrere theoretische und praktische Ansätze aufgezeigt (vgl. BOMMERT u.a., 1975, PLESSEN/BOMMERT, 1976, BOMMERT/PLESSEN, 1978) - wurden Elemente aus bestehenden Konzepten ausgegliedert und kombiniert.

Im Sinne unserer Definition von Methodenkombination: hin auf ein übergreifendes Gesamttherapiekonzept, wurden in dem Partnertherapieprojekt verschiedene therapeutische Elemente aus Verhaltenstherapie, Gruppendynamik und Kommunikationstherapie zu Therapeutenverhaltensmerkmalen, die vorher explizierten Therapiezielen zugeordnet waren, verbunden.

So wurden z.B. die ersten drei Partnertherapiestunden schwerpunktmäßig vorher festgelegt: In der ersten Therapiestunde stand der Klientenzielbereich "sich selbst mitteilen" mit der gesprächspsychotherapeutischen Variable VEE - erweitert durch das Element Partnerbezug, Aufgreifen der Beziehung zwischen den Partnern - im Vordergrund. In der zweiten Stunde tritt das Therapieziel "Aufeinander Eingehen können" in den Vordergrund; das Therapeutenverhaltensmerkmal: Konkretisierung/Vereinfachung soll diesen Bereich besonders fördern. In dem Schwerpunkt der dritten Stunde "über die Kommunikation selbst reden" kommt die therapeutische Intervention: Metakommunikation, in der der Therapeut den Klienten auf formale und inhaltliche Aspekte seiner Gesprächsbeiträge aufmerksam macht (SEEPASS, 1977, S. 101) sowie Kommunikationsübungen besonders zum Tragen.

Diese Schwerpunktlegung nach Stundenthemen und Übungen im Bezug auf Klientenzielbereiche findet in unserem Therapieprojekt nicht statt; hier ist vielmehr eine Aufgliederung des Therapieprozesses nach bestimmten Therapiestundeninhalten (standardisiertes Ausgangsmaterial, das je nach dem jeweiligen Konzept unterschiedlich verwendet wurde) erfolgt. (s.u.)

Vergleichbar mit dem methodenkombinierten Therapiekonzept dieser Arbeit sind die Anforderungen an den

Partnertherapeuten, auf der Basis der gesprächspsychotherapeutischen Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "positive Wertschätzung und emotionale Wärme", die neu entwickelten Partnertherapeutenverhaltensweisen: "Metakommunikation, Konkretisierung/Vereinfachung, Übungen eingeben", klientenzentriert einzusetzen und zu kombinieren. Es existieren kaum Kriterien zur konkreten Kombination dieser Therapeutenverhaltensmerkmale (z.B. Aufeinanderfolgen von bestimmten Elementen, gleichzeitiges Einsetzen von Elementen ...). Der methodenkombinierende Therapeut interveniert differentiell in Richtung auf die Klientenzielbereiche, wie es ihm in der Therapiesituation angemessen erscheint.

3. Notwendigkeit, Möglichkeiten und Probleme von Methodenkombinationen

In diesem Abschnitt möchte ich auf Methodenkombination allgemein eingehen, d.h. Methodenkombination nicht speziell auf einen bestimmten Ziel-Bereich, spezifische Therapieformen, oder eine spezifische Population hin gerichtet, sehen. Hierzu wird "Methodenkombination" eng gefaßt im Sinne der Definition dieser Arbeit: "Methodenkombination als Verbindung methodischer Elemente unterschiedlicher therapeutischer Richtungen, bzw. Schulen zu einem übergreifenden Therapiekonzept.

3.1 Die Notwendigkeit zur Kombination therapeutischer Methoden

Die schon am Anfang dieses Kapitels angesprochene Einseitigkeiten und Defizite einzelner Therapierichtungen - sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht (vgl. I.B.1.) - haben Therapieforscher von den oftmals "konkurrierend" angelegten Forschungs-

untersuchungen (vgl. GRAWE, 1976; PLOG, 1976; BOMMERT, 1977; BOMMERT/PLESSEN, 1978) zu einer an den Problemstellungen der praxisorientierten Fragen differentiellen Vorgehens und damit auch zur Kombination von Methoden aus verschiedenen "Schulen" geführt.

Bei GRAWE (1976) und PLOG (1976), die die differentielle Wirkung und Indikation von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie bei phobischen Patienten überprüften, zeigte sich, daß diese unterschiedlichen Therapieformen quantitativ und qualitativ unterschiedlich wirksam sind. Hier ergab sich, daß die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen nicht nur abhängig von der Behandlungsmethode und den Therapeutenvariablen ist, sondern auch von den Klientenmerkmalen, die er in die Psychotherapie mit hineinbringt, "in dieser entwickelt und verändert, sowie von den jeweiligen Interdependenzen" (PLESSEN/BOMMERT, 1976, S. 2). So wurde deutlich bei GRAWE (1976), daß Verhaltenstherapie besonders erfolgreich bei Patienten mit starken phobischen Ängsten und einem ausgeprägten phobischen Leidensdruck wirkte, bei den gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten die konstruktiven Änderungen unabhängig von der Ausgangsstärke der phobischen Symptomatik waren (BOMMERT, 1977, S. 153).

In der Frage der Indikation therapeutischer Maßnahmen bei verhaltensgestörten Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion sieht GÖBEL die Notwendigkeit von spezifischen Abänderungen der klientenzentrierten Methode in Richtung auf die spezielle Therapiebedürftigkeit dieser Sondergruppe. Somit dienen hier spezifische Klientenmerkmale wie z.B. geringe Selbstkontrolle, mangelhafte Aktivitätskontrolle, mangelnde Ausgleichsmöglichkeiten bei Erregungszuständen ... als Orientierung hin zu einem "optimalen Behandlungskonzept" - unabhängig von der starren Orientierung an einem bestimmten therapeutischen Konzept - welches Defizite und Vorteile verschiedener therapeutischer Konzepte abwägt (vgl. GÖBEL, 1976; BOMMERT u.a. 1975; BOMMERT/PLESSEN, 1978; SCHMIDTCHEN, 1978).

Auf die Notwendigkeit der Klärung der Frage nach optimalem psychotherapeutischen Vorgehen im Praxisbereich Schule und der möglichen Überforderung spe-

zieller Klientengruppen (z.B. Schüler mit psychosozialen Problemen) weisen MINSEL (1974, S. 93: "...: zwingend notwendig Lenkungs- und Informationsvermittlungskonzepte in das gesprächstherapeutische Konzept zu integrieren") sowie BOMMERT (1975, S. 2) durch Hinweise auf die Therapiebedürftigkeit eines erheblichen Prozentsatzes von Schülern hin.

Besonders deutlich wird die Beschränkung der therapeutischen Möglichkeiten in einer Untersuchung zur klientenzentrierten Verhaltensmodifikation bei Sonderschülern (BOMMERT u.a., 1975). Dabei wurde im Bezug auf die Indikationsfrage bei dieser Population die Effektivität der Grundvariablen der Gesprächspsychotherapie bei lernbehinderten Sonderschülern nachgewiesen, jedoch zeigte sich, daß die enge Orientierung am "orthodoxen Therapeutenverhalten" einer therapeutischen "Schule" den Erfordernissen der Praxis nicht gerecht wird.

So erwies sich in dieser Untersuchung zur klientenzentrierten Verhaltensmodifikation bei lernbehinderten Sonderschülern, das aus dem Konzept der Gesprächspsychotherapie abgeleitete Postulat einer weitgehenden "Nichtlenkung" - zumindest ohne weitere Vorbereitung als eine Überforderung für diese Kinder (näheres s. BOMMERT u.a., 1975). Ein weiterer Nachteil des gesprächspsychotherapeutisch orientierten Vorgehens ist für die lernbehinderten Sonderschüler darin zu sehen, daß die "orthodoxe therapeutische Intervention" hier vor allem auf der verbalen Ebene abläuft und damit z.B. Verhaltensdefizite wenig bearbeitet werden.

Diese Ergebnisse und daraus resultierenden Überlegungen waren Ausgangspunkt und Anstoß zum Versuch der empirischen Abklärung der Wirksamkeit verschiedener, auch kombinierter Methoden der Verhaltensmodifikation dieser Arbeit. (Auf die spezifischen Erfordernisse der Methodenkombination bei lernbehinderten Sonderschülern wird unter II.A.1. eingegangen.)

3.2 Theoretische Aspekte zur Notwendigkeit von Methodenkombination

Im Folgenden soll auf einer mehr theoretischen Ebene versucht werden, die Problematik eines aus verschiedenen Therapieelementen zusammengesetzten therapeutischen Vorgehens besonders unter den Kritikpunkten "orientierungsloser Eklektizismus" (KRAUSE, 1976, S. 208) "theoretischer Reduktionismus", "theorielose Methodenkombination" und der Forderung nach einer übergeordneten Theorie zu beleuchten.

Die Warnung BASTINES (1975, S.56) vor einem "bedenklichen Eklektizismus" (indem z.B. methodenverschiedene Konzeptionen nach Augenschein "kombiniert" werden) innerhalb der Gesprächspsychotherapie und seine Forderung nach einer "inhaltlichen Dachtheorie ... , die uns eine Orientierung gibt, "was, wann, wo" zu tun ist" , gelten genau so im Bezug auf eine theoretische Untermauerung der "kombinierten Interventionsstrategien (vgl. PLESSSEN/BOMMERT, 1976, S. 19).

Auch wenn in dem tatsächlichen praktischen psychotherapeutischen Vorgehen oft wenig orthodox vorgegangen und eher "subjektiv" kombiniert wird, darf über das Bemühen um differentiellles Vorgehen die theoretische Fundierung und Neukonzeption im Hinblick auf Grundlagen, Wirksamkeit, Zielrichtungen und Bedeutung von Methodenkombination nicht außer acht gelassen werden. Derzeit gibt es noch keine übergreifende Theorie einer "schulungebundenen" Verhaltensmodifikation, an der sich Forscher und Praktiker bei der Entwicklung und Anwendung methodenkombinierter Konzepte orientieren könnten. (BOMMERT, 1977, S. 153, vgl. BOMMERT/PLESSSEN, 1978).

Auch MARTIN (1975, S. 179) sieht neben den Vorteilen, die ein "Niedergang der Schulen" mit sich bringt, z.B. die Erweiterung des Repertoires pragmatischer

Vorgehensweisen in der Therapie, neue Behandlungstechniken ... die Gefahren eines untheoretischen Tastens, eines "atheoretischen Schrotflintenverfahrens", das stark vom intuitiven Urteil und daher von der emotionalen Gesundheit des Therapeuten abhängig sei und daher des korrigierenden Einflusses ständiger theoretischer Rechtfertigung bedarf.

Besonders in der Kindertherapie sieht GUSTEMEYER (1964) das Fehlen eines theoretischen Bezugsrahmens und weist auf die Gefahr hin, die Techniken nach "Versuch und Irrtum" anzuwenden (S. 98).

KRAUSE (1976) versteht unter "orientierungslosem Eklektizismus" den Wechsel der therapeutischen Modelle und des ihnen entsprechenden Verhaltens ohne explizite Kenntnis und Überprüfung der Gründe des Modellwechsels, z.B. von tiefenpsychologischen Deutungen zu strafferer Führung des Klienten durch eher verhaltenstherapeutische Vorgehensweise (S. 208).

Als weitere wenig wünschenswerte Form der Kombinationsversuche in der Praxis findet sich das Bestreben nach "theoretischem Reduktionismus", der Verwendung von Interventionsmitteln aus anderen therapeutischen "Schulen" als der "eigenen", wobei die Erklärung über die Gründe der Nützlichkeit des fremden Änderungsmodells aus der eigenen bevorzugten Theorie stammen (KRAUSE, 1976, S. 208).

Er schlägt vor, von einer "Integration" verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen und verschiedener Theorien zu sprechen. Für eine solche Integration sollten die jeweiligen "Gültigkeits- und Generalisierungsansprüche der einzelnen Schulen" (S. 209) kritisch überprüft werden. Als Ziel dieser Integration sieht KRAUSE ein übergeordnetes Strategiewissen, ein "allgemein gültiges psychologisches Handlungsmodell" (S. 208), das den Einsatz der aus den unterschiedlichen Modellen stammenden Therapeutenverhaltensweisen steuern und theoretisch fundiert ableiten sollte.

3.3 Probleme praktisch-therapeutischen Vorgehens ohne übergeordnete Theorie:

Die Schwierigkeiten und Einschränkungen, die sich aus dem Fehlen einer übergeordneten Theorie ergeben, können am Beispiel der Kritik am Partnertherapiekonzept von SEEBASS (1977, S. 102 f.) verdeutlicht werden: Für die Förderung der einzelnen Klientenzielbereiche hat der Partnertherapeut zwar ein breiteres Repertoire an Interventionstechniken zur Verfügung als beispielsweise der "orthodoxe" Gesprächspsychotherapeut, doch sind keine Kriterien vorhanden, nach denen der Therapeut entscheidet, in welcher Situation er von welcher Interventionsmöglichkeit Gebrauch macht. Es zeigte sich als ein Ergebnis dieser Untersuchung, daß es in keiner Therapiesituation "die Interventionsmöglichkeit, ... sondern immer mehrere Alternativen" (S. 103) gibt.

Die Grenzen dieses methodenkombinierenden Konzepts zur Partnertherapie zeigen sich nach SEEBASS an dem Punkt, wo es notwendig wäre, im Therapieprozeß differenziell auf den einzelnen Klienten einzugehen. Die Einbettung dieses therapeutischen Vorgehens in die Beziehungsproblematik zum Partner sowie die Frage nach einer differenzierten Diagnose vor Beginn der Therapie wären Fragen an eine übergeordnete Theorie zum Einsatz von Verhaltensmodifikationselementen.

Kritisch äußert sich auch PLOG (1975) zur Kopplung verschiedenartiger Therapiemethoden mit dem klientenzentrierten Vorgehen für den Bereich der Partnertherapie. Sie lehnt die Tendenzen zur Entwicklung integrativer Therapieansätze mit dem Bedenken ab, "... daß ein eklektisches Mischen der Methoden die besonderen Möglichkeiten der klientenzentrierten Therapie schmälert, die aus der Intensität empathischer Einfühlung und aus dem besonderen emotionalen Engagement des Therapeuten sich ergeben." (PLOG, 1975, S. 210 f.).

Hiermit warnt PLOG davor - und dies gilt m.E. auch für den über die Partnertherapie hinausgehenden Therapiebereich - daß die "ganzheitliche Wirkung" einer komplexen Therapieform, wie z.B. der Gesprächspsychotherapie "zersplittert" werden könnte, wenn sie mit anderen Techniken kombiniert wird, wobei dann auch die kombinierten Therapieelemente ihre spezifische Wirksamkeit einbüßen könnten. Es ist zu fragen, ob einzelne Therapietechniken sich gegenseitig ausschließen oder etwa in ihrer Wirkung aufheben.

Durch das o.g. Theoriendefizit fehlt der Orientierungsrahmen im praktisch-therapeutischen Vorgehen sowie in empirischen Forschungsuntersuchungen. Daher bleibt bei den drängenden Erfordernissen der Praxis, die kein Warten auf ein umfassendes endgültiges Therapiemodell erlauben, Bemühungen, auf empirischem Wege Konzepte der Methodenkombination zu entwickeln und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Besondere Bedeutung kommt beim momentanen Forschungsstand der Explikation von Zielen und Kriterien einer Methodenkombination zu (BOMMERT, 1977, S. 153).

Die Forderung nach theoretisch fundierter Explikation von Zielen psychotherapeutischen Handelns wird vor allem bei BASTINE (1975) und SCHMIDTCHEN (1973) sowie FIETKAU (1977) vertreten.

BASTINE (1975) sieht gegenwärtig keine Übereinkunft über allgemeine Zielsetzungen im Bereich der Psychotherapie. Ohne konkrete Hinweise zur Erfüllung dieser Forderung zu geben, befürwortet BASTINE die Erstellung von TEILZIELEN innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses, bei der ihm "oft überraschend ähnliche Konzeptionen bei Psychotherapeuten unterschiedlicher Orientierung" zu bestehen scheinen. BASTINE (1976) formuliert seine Forderung, zumindest für den Anfangszeitraum einer Therapie: zu Beginn einer Behandlung liegt das vorrangige Therapieziel in der Festigung der Beziehung zwischen Klient und Therapeut.

In späteren Therapiestadien dagegen stehen die Lösungsmöglichkeiten für die Probleme stärker im Vordergrund. Entsprechend diesen unterschiedlichen Zielen sind selbstverständlich auch verschiedene therapeutische Strategien einzusetzen." (WILDMISSONG, 1977, S. 54).

FIETKAU (1977, S. 19) befürwortet eine Vorgabe „globaler Zielvorstellungen, aus denen (rational/empirisch) Teilziele und Konkretionen (bezogen auf das Verhalten, das Erleben und die Umwelt des Klienten) abzuleiten sind." Der Autor erklärt eine sehr konkrete Fassung therapeutischer Ziele als dem wissenschaftlichen und praktisch-therapeutischen Fortschritt kaum dienlich.

Damit wird auch die Kritik von GOETZE u.a. (1974, S. 138 f.) berücksichtigt, die bei den bisherigen Therapiekonzepten - vor allem in der Kindertherapie bemängelt, daß Annahmen und Konstrukte selten expliziert werden.

I. B. ABGRENZUNG

Insgesamt kann die vorliegende Arbeit aus forschungstechnischen Gründen nur einen Mosaikstein zur komplexen Frage der Methodenkombination innerhalb von Therapieformen liefern. Aus der Vielzahl von untersuchbaren Fragestellungen zu Möglichkeiten der Integration und Kombination wird ein Ansatzpunkt - begrenzt auf zwei Ursprungskonzepte, bestimmte Variablen und Zielbereiche bei einer spezifischen Zielgruppe - beispielhaft herausgenommen.

Aus dem Bereich der theoretisch möglichen Formen von Methodenkombination im Sinne der Definition dieser Untersuchung (S. 2) werden die orthodoxen Grundlagen der Therapieformen Gesprächspsychotherapie /Verhaltenstherapie als Ursprungskonzepte der Elemente für das neue, eigenständige Methodenkombinations-Konzept ausgewählt, wobei die eher klientenzentrierte Grundhaltung die Basis des methodenkombinierten Therapiekonzepts darstellt.

Beide Therapiemodelle zeichnen sich dadurch aus, daß sie zum einen von empirisch gesicherten Hypothesen und zum anderen von einem breiten soziopsychologischen Ansatz ausgehen; sowohl GPT wie auch VT weisen spezifische Einseitigkeiten und unterschiedliche Schwerpunkte auf, die Möglichkeiten zu Variationen und Ergänzungen ergeben. Die Techniken der beiden Therapieformen sind hinsichtlich ihrer Zeitdauer vergleichbar.

Unter GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE (im Folgenden abgekürzt: GPT) wird in dieser Untersuchung verstanden (BOMMERT, 1977, S. 11):

Die Gesprächspsychotherapie ist eine systematische, selektive und qualifizierte Form verbaler und non-verbaler Kommunikation und sozialer Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen - Psychotherapeut(en) und Klient(en) - mit dem Ziel einer Verminderung der vom Klienten erlebten psychischen Beeinträchtigungen durch eine als Folge differenzierter Selbst- und Umweltwahrnehmung eintretende Neuorientierung des (der) Klienten im Erleben und Verhalten, auf der Basis grundlegender Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie, ...

Im Bezug auf die VERHALTENSTHERAPIE (im Folgenden abgekürzt: VT) folgt die Arbeit der Definition von REISS u.a. (1976, S. 7):

Die Verhaltenstherapie wendet Ergebnisse, Theorien und Methoden der empirisch-experimentellen Psychologie - vor allem der Lernpsychologie - und ihrer Nachbardisziplinen zum Zwecke der Erklärung und Veränderung gestörten Verhaltens, sie greift also auf wissenschaftlich überprüfte Prinzipien grundsätzlicher Art zurück und unterzieht die Effizienz ihrer praktischen Behandlungsmethoden einer ständigen wissenschaftlichen Überprüfung.

In diesem Kapitel erfolgt die Abgrenzung der eher orthodoxen theoretischen und praktischen Grundlagen, Voraussetzungen und Möglichkeiten der beiden Interventionskonzepte im Rahmen der für METHODENKOMBINATION bedeutsamen Konsequenzen im Bezug auf Grundannahmen, Persönlichkeitstheorie und den Stellenwert von Erleben und Handeln im jeweiligen Ursprungskonzept. Aus diesen einseitigen Ausrichtungen wird das methodenkombinierende Modell mit seinen zentralen Merkmalen: integrative Zielsetzung, zweigleisige Problemorientierung, Prozeßzentrierung und Erlebens- und Verhaltensmodifikation abgeleitet.

Dabei werden zur Verdeutlichung eher künstliche Extrempositionen "aufgebaut", die in der Praxis in dieser Polarisierung sicher nur selten zu finden sind. Zwangsläufig vereinfachend wirkt sich auch die Beschränkung auf die Grundunterschiede und die Sicht der GPT bzw. VT als eine Therapieform aus, ohne auf die verschiedenen Strömungen und Weiterentwicklungen einzugehen.

In grober Einordnung bezieht sich die GPT vor allem auf Erlebnis- und Beziehungsphänomene, während sich die VT nur mit Techniken der Veränderung auf der Verhaltensebene beschäftigt. Diese Einseitigkeiten bewirken neben gravierenden Einschränkungen der psychotherapeutischen Praxis auch entsprechende "blinde Flecke" und Widersprüche in der Theorienbildung:

der "emotional unaffizierte" Verhaltenstherapeut; die nicht analysierte "Bedeutung" einer Verhaltensauffälligkeit; "der nicht strukturierende Gesprächspsychotherapeut, der angeblich nicht an Probleminhalten interessiert ist" (BASTINE, 1974, S. 10).

I.B.1. Grundannahmen der orthodoxen Therapieformen GPT/VT

1.1. Theoretische Grundannahmen der orthodoxen Gesprächstherapie (GPT):

Aus den theoretischen Grundannahmen der methoden-orthodoxen GPT - aufbauend auf der Therapietheorie von ROGERS (1951) - ist das Postulat der Nicht-direktivität besonders bedeutsam. Dieses Prinzip der Nichtlenkung hat sich in der Kindertherapie im Vergleich zur Erwachsenentherapie länger erhalten (AXLINE, 1947; TAUSCH, 1956; GOETZE/JAEDE 1978). Besonders als Abgrenzungshilfe gegen andere therapeutische Orientierungen hat sich nach GOETZE/JAEDE (1978, S. 2430) die Bezeichnung als "nicht-direktive Kindertherapie" erhalten.

TAUSCH (1973) kennzeichnet nondirektives Verhalten als "maximale Zurückhaltung der Psychotherapeuten in der Erteilung von Ratschlägen, Anweisungen, Anforderungen usw. sowie hinsichtlich längerer Äußerungen" (S. 156), wobei sich der Therapeut aktiv bemüht, die subjektive Welt des Klienten zu verstehen; dies drückt sich in der - seit ROGERS (1951) veränderten Benennung der Therapie als "klienten-zentriert" aus. Wichtig dabei ist, daß der Klient seinen Psychotherapeuten als Modell aktiven, engagierten Verhaltens wahrnimmt, obwohl dieser keine Ratschläge oder Verhaltensmaßregeln gibt.

Diese nicht-dirigierende Aktivität des Therapeuten verhilft dem Klienten zur Änderung seines Erlebens und Verhaltens, regt die Tendenz des Klienten zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung an. Die Eigenaktivität des Klienten wird verstärkt, unabhängig davon, welche spezifischen Ziele vom Klienten gewählt werden.

Das ursprüngliche Konzept der GPT geht davon aus, daß die Intensität und Geschwindigkeit des Therapieprozesses vornehmlich durch den Klienten selbst bestimmt wird; es wird dabei "offensichtlich eine Fähig-

keit zur Selbstregulation und Schwellenbestimmung der psychischen Belastbarkeit angenommen" (MINSEL/ZIELKE, 1977, S. 961). Durch das klientenzentrierte Prinzip geschieht eine Zentrierung des gesprächs-psychotherapeutischen Geschehens auf die Gesamtperson des Klienten und nicht auf z.B. die Art der Reiz-situation, die Symptome ... (SANDER, 1975, S. 53).

Bei seinem Konzept der nicht-direktiven Beratung geht ROGERS davon aus, daß das Individuum die Tendenz besitzt, sich in Richtung von Wachstum, Gesundheit und Anpassung der Ziele an die eigenen Fähigkeiten und Lebensmöglichkeiten zu entwickeln, die durch bestimmte Merkmale des Psychotherapeutenverhaltens gefördert bzw. behindert werden. Die wesentlichen Merkmale therapeutischen Wirkens lassen sich nach dem ursprünglichen GPT-Konzept in psychologischen Variablen oder Dimensionen erfassen. Nach BASTINE (1974, S. 2) läßt sich "die Güte des therapeutischen Vorgehens ... durch den quantitativen Grad der Verhaltensausrprägung in diesen Dimensionen" ausdrücken. Diese drei Therapeutenmerkmale: "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "positive Wertschätzung und emotionale Wärme", "Echtheit und Selbstkongruenz" entsprechen - nach einigen Veränderungen - den Verhaltensmerkmalen, die ROGERS (1957) als notwendige und hinreichende Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen im Sinne einer erhöhten Selbstverwirklichung und verminderter psychischer Beeinträchtigung postulierte. Die Verwirklichung dieser drei Therapeutenvariablen, die wegen ihrer grundlegenden Bedeutung auch "Kernvariablen" (MINSEL, 1974), "therapeutische Basisvariablen" (TSCHÉULIN, 1974) genannt werden, schafft eine für erfolgreiches therapeutisches Handeln notwendige entspannte, angstfreie Atmosphäre.

Es wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung der Realisierung und Auswirkung dieser Therapeutenvariablen verzichtet, da diese in neueren

Veröffentlichungen anhand von ausführlichen Beispielen anschaulich dargestellt sind (vgl. PAVEL, 1978, BOMMERT, 1977, MINSEL, 1974, ROGERS, 1973). (Ein näheres Eingehen auf die in unserem Therapiekonzept verwendeten Therapeutenvariablen findet sich unter II.B.2.)

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen hat diese als notwendig und hinreichend erachteten Therapeutenvariablen in ihrer Bedeutung eingeschränkt (vgl. BOMMERT, 1977, S. 130 ff.). Danach liegen keine einheitlichen Aussagen darüber vor, in welcher Relation die drei Merkmale untereinander in Beziehung stehen müssen, um eine optimale Erfolgsvorhersage zu ermöglichen. Festzuhalten ist jedoch, daß die von ROGERS postulierten Psychotherapeutenvariablen grundsätzlich als bedeutsame, fördernde Bedingungen psychotherapeutischer Prozesse nachweisbar sind, wobei sich das Merkmal Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) als das Kennzeichen der Verhaltensmerkmale des Gesprächspsychotherapeuten herauskristallisiert hat.

Durch die grundsätzliche Bedeutung der Therapeutenmerkmale für den Veränderungsprozeß, erhält die Art der Beziehung zwischen Klient und Therapeut eine zentrale Bedeutung. Im Gegensatz zur orthodoxen theoretischen Konzeption der VT wird dieser Beziehungsaspekt zwischen Therapeut und Klient "sogar als ausschließlicher Motor der Veränderung" gesehen (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 85). (Auf dieses Hauptunterscheidungsmerkmal der beiden orthodoxen Ursprungskonzepte soll im Kapitel I.C. näher eingegangen werden.)

1.2. Theoretische Grundannahmen des Ursprungs- konzepts VERHALTENSTHERAPIE (VT):

Im Gegensatz zur GPT stellt die VT keine klar umschriebene Methode dar; sie ist vielmehr die pragmatische, handlungsorientierte Anwendung von Techniken, die zunächst im Laboratorium gewonnen und dann auf empirischem Wege auf therapeutische Zielsetzungen übertragen wurde. Diese verhaltenstherapeutischen Techniken beruhen auf der expliziten und systematischen Anwendung von Lernprinzipien, die aus experimental-psychologischen Befunden abgeleitet wurden (vgl. BLÖSCHL, 1969).

Die vor allem von den Begründern des orthodoxen Konzepts postulierte "lerntheoretische Basis" und damit die Beschränkung der VT auf therapeutische Prinzipien, die aus der empirischen Lernforschung resultieren, ist in den letzten Jahren von einigen Verhaltenstherapeuten, besonders von WESTMEYER (1974, 1975, 1976) vor allem aus wissenschaftstheoretischer Sicht zurückgewiesen worden.

"... Die Begriffe und Regelaussagen der Verhaltenstheorien sind auf ganz spezifische experimentielle Designs bezogen, die in dieser Form in der klinischen Praxis nicht wiederherstellbar sind" (WESTMEYER, 1976, S. 80).

so muß nach PLESSEN/BOMMERT die begriffliche Fassung der Lerntheorien als unzureichend und in dieser Form als nicht akzeptable theoretische Grundlage für die Verhaltenstherapie angesehen werden (1976, S. 11). Dies dürfe nach WESTMEYER (1974) nicht dazu führen, daß der Anspruch einer verhaltenstheoretischen Fundierung der Verhaltenstherapie aufgegeben wird und stattdessen ein "rein pragmatischer handlungsorientierter Ansatz verfolgt würde. Er schlägt als Lösung die Unterscheidung zwischen einer Verhaltenstheorie und einer eigenen Therapietheorie mit z.B. strategischen Regeln, "treatment-Auswahl-Gesetze" (WESTMEYER, 1975) für den unmittelbaren Einsatz im klinischen Feld vor.

Von den experimentalpsychologischen Ursprüngen her kann die "behaviorale Strategie des Kliniklers" (KANFER/PHILIPS, 1975, S. 49) gesehen werden, z.B. funktionale Bedingungsanalyse, Zielanalyse, Therapieplanung, Kontrollmessung-Modell des diagnostisch-therapeutischen Prozesses in der Verhaltenstherapie nach SCHULTE (1974). Der Verhaltenstherapeut ist demnach für den formalen Ablauf und die Effekte der Therapie verantwortlich; die verhaltenstherapeutische Situation weist einen hohen Grad an Strukturierung durch den Therapeuten auf, der z.B. Veränderungspläne erstellt, dem Klienten Aufgaben zur Beobachtung und Veränderung seines Verhaltens aufgibt und den Fortgang der Veränderung kontrolliert und bewertet.

Der Verhaltenstherapeut arbeitet "hochgradig spezifisch symptomorientiert" (ZIMMER, 1978, S. 1) und lenkt die Aufmerksamkeit des Ratsuchenden auf konkrete Handlungen und äußere Ereignisse. Er versucht in der Anwendung allgemeiner Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens auf eine direktive Art, z.B. durch Fragen, Instruktionen, Ratschläge den Veränderungsbereich Verhalten, konkrete Handlungen, ihre situativen Bedingungen, ihre Konsequenzen und die damit verbundenen Umweltfaktoren, zu fokussieren. Der Patient lernt, daß problematisches Verhalten veränderbar und von seiner sozialen Umgebung als funktional abhängig betrachtbar ist.

Dahinter steht die Annahme aus lerntheoretischer Sicht, daß das Kriterium psychologischer Probleme in der Interaktion von Menschen mit ihrer sozialen Umwelt und nicht in ihrem psychischen Apparat zu suchen ist (SCHABACK, 1978, S. 29).

Die Betonung des verhaltenstherapeutischen Prinzips der "Konkretisierung von Problemen durch Deskription in Verhaltensbegriffen" und des Prinzips der "gerade nötigen Intervention", d.h. das Aufgreifen der augenblicklich vorhandenen Störbedingungen, nicht der

Therapie der Gesamtpersönlichkeit eines Menschen, erfordert einen hohen Grad an Strukturierung durch den Therapeuten. Diese steuernde Interventionen beruhen auf der Entscheidungsgrundlage des einzelnen Therapeuten.

So schafft der Verhaltenstherapeut praktische Übungsmöglichkeiten etwa im Sinne von Verhaltensformungsprogrammen und sorgt für Generalisierungsmöglichkeiten auf Situationen außerhalb der Therapiekontakte (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 76). Dabei wird ein differenzielles, dem Klienten angemessenes Behandlungsprogramm, z.B. unter Berücksichtigung seines spezifischen Leistungsvermögens, stark betont. Der Verhaltenstherapeut verfügt über ein Grundrepertoire von Einzeltechniken, die in einigen Fällen die Bedingung der Isolierbarkeit und freien Kombinierbarkeit (SCHMIDTCHEN, 1971, S. 15) erfüllen.

Als Voraussetzung hält das verhaltenstherapeutische Konzept eine umfassende und möglichst objektive Analyse der Ausgangslage des Klienten als unabdingbar notwendig für zielgerichtete Maßnahmen.

In der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen erfordern die diagnostisch-therapeutischen Behandlungsschritte ein hohes Maß an Selbstdisziplin und Arbeitsbereitschaft auf Seiten der Kinder. Die therapeutische Aktivität ähnelt eher einer planmäßigen Erziehungsmaßnahme. SCHMIDTCHEN (1978, S. 2474) sieht einen wesentlichen Vorteil der VT bei Kindern und Jugendlichen in der Bevorzugung von Fremdsteuerungskonzepten, die auf den behavioristischen Ursprung der VT zurückzuführen sind (z.B. externe Verhaltenskontrolle wie operante Verstärkung, soziale Verstärkung durch den Therapeuten, während Verfahren der klientenzentrierten Kindertherapie mehr den Selbststeuerungsaspekt ansprechen.

I.B.2. Menschenbild/Modell der Persönlichkeit

Besonders deutlich wird die Abgrenzung der beiden orthodoxen Therapieformen beim Vergleich der Aussagen zum Modell der Persönlichkeit, zum Krankheitsmodell und zu Veränderungen innerhalb des Therapieprozesses.

KÄMMERER/REHAHN (1977, S. 129) beschreiben die Funktion des Menschenbildes als etwas Leitendes, einen zukunftsweisenden Leitgedanken; Aussagen über einen Soll-Zustand, anhand dessen konkrete Therapieziele formuliert und überprüft werden können.

Die Bedeutung der persönlichen Wertorientierung des Therapeuten - die mehr oder weniger in der Ausbildung in einer bestimmten Therapieschule mehr oder weniger bestärkt wird - und die Problematik der versteckten Wertbeeinflussungsprozesse in der therapeutischen Interaktion thematisiert STAUSS (1978, S. 139).

STAUSS stützt sich in seiner Annahme auf einer Wertangleichung des Klienten an den Therapeuten in verschiedenen Wertbereichen, z.B. "Menschenbild", auf empirische Befunde über erfolgreiche klientenzentrierte Therapien. Dabei ist zu berücksichtigen, daß nach BOMMERT (1977, S. 133) empirische Ergebnisse zu Werthaltungen und Normen des Psychotherapeuten nicht einheitlich sind.

Positiv zu bewerten ist damit m.E., daß STAUSS die Zielimplikationen des verhaltenstherapeutischen/gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens aufzeigt, z.B. die Betonung des Primats der subjektiven Erfahrung in der GPT, die Betonung der rationalen Planung bei der Bewältigung psychosozialer Probleme in der VT, und daraus die Forderung ableitet, daß der Therapeut die eigenen Bewertungsprozesse während der therapeutischen Interaktion bewußter wahrnimmt, sie in angemessener Weise in die Therapie mit einbringt und die kritische Zielreflektion des Klienten fördert.

Dieses Postulat von STAUSS (1978, S. 139) gilt besonders für den methodenkombinierenden Therapeuten, der bei der kritischen Reflexion seines methodenintegrativen Vorgehens seine Zielbereich expliziert, für den

erwachsenen Klienten transparent macht und so mit dem Klienten in eine Auseinandersetzung der therapierelevanten Ziele und Normen eintritt. Dies bedeutet nach STAUSS (1978, S. 146) ein "wirksames Gegenmittel gegen therapiebedingte Ideologien". Im Menschenbild des methodenkombinierenden Therapeuten sollte die Wechselwirkung zwischen dem Erlebnis- und Handlungsbereich einen zentralen Stellenwert einnehmen und damit die Einseitigkeit der Betonung einer dieser beiden Bereiche in den orthodoxen Therapieformen aufheben.

Damit wäre z.B. das Hindernis aufgehoben, daß durch die Annahme der freien Entfaltungsmöglichkeiten des Individuums losgelöst von gesellschaftlichen Bedingungen, dem Therapeuten auferlegt, von sich aus die Gesellschaft, seine eigenen Meinungen und Werthaltungen, seine Erfahrungen und sein Wissen als Stimulation aktiv miteinzubeziehen.

Der Kern des Konzepts der "Selbstaktualisierungstendenz" als ein selbständig motiviertes Streben nach Erfassung neuer Tatbestände kognitiver und motorischer Aktivität in der Interaktion mit seiner sozialen Umwelt wird ergänzt durch die Berücksichtigung von Lernerfahrungen, auf die der Mensch von der frühesten Kindheit an in der Interaktion mit Bezugsgruppen aus seiner sozialen Umwelt angewiesen ist, z.B. in der Aneignung bisher im Verhaltensrepertoire nicht enthaltener Verhaltensweisen.

2.1. GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE:

Das Menschenbild der orthodoxen Gesprächspsychotherapie basiert auf den Aussagen zur Persönlichkeitstheorie von ROGERS (1951/1973). Danach stellt die klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie in den Mittelpunkt das Individuum, das prinzipiell offen und erweiterungsfähig ist, das eigenständig und auf zunehmende Selbststeuerung und Autonomie angelegt ist; es

geht von eigenen Wertmaßstäben aus und ist generell zu eigener Entscheidung fähig (vgl. SANDER, 1975, S. 49). Dabei ist der Mensch bemüht, Verhalten und Erleben mit seinem Selbstkonzept (vgl. I.B.3.1.) in Einklang zu bringen. Eine Unvereinbarkeit von Erfahrung mit der erlebten Organisation des Selbst wird als angsterzeugende Bedrohung wahrgenommen. Um die gegenwärtige Struktur des Selbst aufrecht erhalten zu können, werden die das Selbst bedrohenden Wahrnehmungen dabei entweder ignoriert oder hinsichtlich ihrer Bedeutung so verzerrt wahrgenommen, daß sie in das Selbstkonzept passen. Je größer die Erfahrung der Bedrohung ist, umso starrer wird das "normale", flexible Selbstkonzept und der Prozeß der Verteidigung und psychologischen Fehlanpassung.

Eine psychologische Fehlanpassung (BOMMERT, 1977, S. 23) liegt vor, wenn eine angemessene und realistische Wahrnehmung der Bedingungen der Umwelt und der eigenen Situation und Bedürfnislage erschwert ist. Daraus können z.B. Angst, Unsicherheit im Erleben und Verhalten und damit Spannung und soziale Konflikte resultieren.

Im Mittelpunkt des klientenzentrierten Therapieprozesses steht daher der Prozeß der Reintegration, ein Entwicklungsprozeß des Klienten, bei dem er sich selbst schrittweise in Frage stellt und zu einem flexibleren Konzept der eigenen Person gelangt "das möglichst alle bedeutsamen Erfahrungen unverzerrt und bewußt wahrnehmen und integrieren kann" (PAVEL, 1978, S. 20).

Zum Hauptinhalt der gesprächspsychotherapeutischen Kommunikation wird die Konzentrierung auf die persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten, auf seinen eigenen "inneren Bezugsrahmen" (BOMMERT, 1977, S. 25) und die innerpsychische Verarbeitung des Wahrgenommenen; dabei werden Handlungsaspekte, der soziale Bezug des Individuums zu seiner Umwelt, den die Verhaltenstherapie betont, weitgehend ausgeklammert. Nach dem orthodoxen Konzept der Gesprächspsychotherapie werden nur solche Veränderungsansätze im Umfeld des

Klienten verbal bearbeitet, die von ihm selbst erkannt und angesprochen werden. Die aktiv verändernde Einwirkung des Klienten auf "sekundäre Abhängigkeiten" (BOMMERT, 1978, S. 1338), z.B. ökonomischer Art, die auf der objektiven Realität der Umwelt des Klienten herrührende Beeinträchtigungen werden im Wesentlichen auf der Ebene der Einstellungs- und Haltungsänderung gefördert. Besonders bei der ~~non direktiven~~ Kindertherapie ist das Ausmaß an Umweltabhängigkeit und die damit verbundenen Probleme der Zielbestimmung und Eigensteuerung nicht genügend beachtet.

2.2. VERHALTENSTHERAPIE:

Im Gegensatz zur Betonung der psychischen Beeinträchtigungen von seiten der Gesprächspsychotherapie, versucht die Verhaltenstherapie, die Lernprinzipien zu benennen und zu modifizieren, die zur psychischen Störung führen. Beim orthodoxen verhaltenstheoretischen Persönlichkeitskonzept wird menschliches Verhalten als durch Lebensgeschichte und durch aktuelle situationsspezifische Bedingungen und/oder durch die Konsequenzen des betreffenden Verhaltens determiniert gesehen. Daraus resultiert als eines der wesentlichsten Unterscheidungsmerkmale der Verhaltenstherapie vom klientenzentrierten Modell ein Störungskonzept, in dem das gestörte Verhalten nicht als Ausdruck - im Sinne eines Symptomes - einer organischen Störung, eines Konfliktes oder einer Inkongruenz zwischen Selbststruktur und Erfahrung angesehen wird, sondern als Ergebnis mangelhaften Lernens. Verhalten wird als aktiver Handlungsprozeß aufgefaßt, auf dem Hintergrund des funktionalen Verhaltensbegriffes wird ein direkter Zugang zu den ablaufenden Lernprozessen und "funktionalen Bindungen des Problemverhaltens" (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 2457) möglich.

SCHMIDTCHEN sieht einen großen Vorteil der Verhaltenstherapie gegenüber anderen Therapiemethoden in ihrer "hohen Differenziertheit bezüglich der Berücksichtigung individueller Störungs-, Personen- und Lernparameter" (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 2475). Für jeden Behandlungsfall ist ein spezielles Behandlungsprogramm möglich, da die Besonderheit einer jeden Störung durch die funktionale Diagnose und damit Hinweiskriterien zur Technikanwendung erfaßt werden können.

Die Bevorzugung von Fremdsteuerungskonzepten, die auf den behavioristischen Ursprung der Verhaltenstherapie zurückzuführen ist, kommt besonders in der Kinder- und Jugendlichenherapie in der Forderung nach Umweltmodifikation zum Ausdruck.

Das Menschenbild von Verhaltenstherapeuten beinhaltet keinerlei Annahmen über die zugrundeliegende "gute oder schlechte" Natur des Menschen, diese hat im Gegensatz zur Annahme der positiven Entwicklungstendenz in der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie die Möglichkeit, sich in die eine oder andere Richtung zu entwickeln (vgl. BOMMERT/PLESSSEN, 1978, S. 26).

Diesen Verzicht auf eine explizite Persönlichkeitstheorie innerhalb der Verhaltenstherapie stellt JAEGLI (1975) in Frage.

Anhand der Bestimmung durchgängiger Momente verhaltenstherapeutischer Praxis verdeutlicht sie das zugrundeliegende Menschenbild, das bestimmte Grundfähigkeiten des Menschen postuliert. Dieses Menschenbild zeichnet sich durch die Fähigkeit zur Koordination und Disziplinierung von Handlungen durch Unterwerfung unter ein Ziel, willentliche Bewältigung eigener Probleme, Eigenaktivität und Orientierung auf die Wirklichkeit aus.

Dieser Ansatz von JAEGLI verdeutlicht die gestiegene Bedeutung der Prozesse der Eigensteuerung innerhalb der Verhaltenstherapie. Diese Veränderungen hin zur Konzeption eines aktiven Individuums, das die Umwelt kognitiv strukturiert und gestaltet, rückt die Behandlung von primär selbstgesteuertem Problemverhalten und die Hilfe zur Selbstkontrolle in den Mittelpunkt der verhaltenstherapeutischen Intervention. Dahin zielt auch die Kritik von LAZARUS (1976), der eine der wesent-

lichen Begrenzungen der Verhaltenstherapie darin sieht, daß spezifische Techniken Wertvorstellungen, Einstellungen und Überzeugungen des Patienten unberücksichtigt lassen.

I.B.3. ZIELSETZUNGEN der orthodoxen Ursprungskonzepte:

Die Beschreibung der Zielsetzungen des therapeutischen Handelns erfolgt in der Gesprächspsychotherapie und in der Verhaltenstherapie auf zwei Ebenen, die sich durch einen unterschiedlichen Abstraktionsgrad auszeichnen. Die relativ globale, abstraktere, "molare" (GÖBEL, 1976) Ebene beschreibt die grundlegenden Zielsetzungen der Gesprächspsychotherapie, die mit einem spezifischen Menschenbild, einer bestimmten psychotherapeutischen Sicht und Handlungsweise der Therapie von der "gesunden" Persönlichkeit verbunden ist (vgl. I.B.2.); die andere, eher "molekulare" (GÖBEL, 1976) Ebene die konkreten Therapieziele der VT.

3.1. GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE:

In der Gesprächspsychotherapie geht die therapeutische Zielsetzung vorwiegend in Richtung Veränderung innerpsychischer Strukturen, z.B. in Richtung größerer Selbstkongruenz, d.h. Aufhebung der Diskrepanzen zwischen Erleben, Selbstbild und Akzeptieren eigener Verantwortlichkeit. Ein Grundcharakteristikum der Gesprächspsychotherapie ist dabei die Vorannahme, daß der Klient die Fähigkeit zu selbstverantwortlicher, konstruktiver Veränderungen auf ein befriedigendes Leben besitzt, und daß diese "Selbstaktualisierungstendenz" unter den fördernden Bedingungen der therapeutischen Beziehung zur Entfaltung kommt (vgl. STAUSS, 1978, S. 137).

Mit dieser Tendenz zur "Selbstverwirklichung" (actualizing tendency), eine der von ROGERS (1959, 1973) in 19 Thesen strukturierten Grundgedanken zur Theorie der Persönlichkeit (vgl. BOMMERT, 1977, S. 33) wird die primär motivierende Kraft des menschlichen Organismus verstanden, alle seine Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung oder Förderung des Organismus einzusetzen.

Mit dieser Hypothese einer im Menschen angelegten, im Grunde positiven und auf Wachstum, Reife und zunehmende Selbststeuerung und Autonomie ausgerichteten organismischen Entwicklung, wird "das sogenannte Selbstkonzept der Schlüsselbegriff zum Verständnis eines Menschen" (PAVEL, 1978, S. 19).

Das Selbstkonzept eines Menschen ist nach SANDER (1975, S. 45) "ein gelerntes System erfahrener Wahrnehmungen mit Verhaltensrelevanten, kognitiv-affektiven und wertenden Qualitäten. Das Selbstkonzept hat die Funktion eines Selektionsapparates, das die Wertung von Außenobjekten im Wahrnehmungsfeld vornimmt und das bewirkt, ob etwas nicht erfaßt, ignoriert oder verzerrt wird." Es handelt sich dabei um ein bewegliches, nicht notwendigerweise ständig bewußtes, ganzheitliches, relativ konsistentes Konzeptmuster von Wahrnehmungen, welche das Verhalten und Erleben bewertet, ausrichtet und steuert. PAVEL (1978, S. 20) betont die Rolle der Sozialisierungsprozesse in der Bildung der Erlebensstruktur des Selbst als ein Ergebnis der individuellen Auseinandersetzung des Menschen in seiner Umwelt, die zu einem kongruenten und flexibeln oder zu einem gestörten und rigiden Selbstkonzept führen kann.

Das Selbstkonzept wird weiter bestimmt durch die unterschiedlichen Erfahrungen, wie der Mensch sich und seine Fähigkeiten, sein Verhalten, seine Beziehung zur Umwelt im Moment selbst erlebt und wahrnimmt, sowie den Zielen und Werten, die er anstrebt (Selbstideal, Idealkonzept).

Als Ziel klientenzentrierten Vorgehens kann daher die Einleitung eines Entwicklungsprozesses angesehen werden, bei dem der Klient schrittweise zu einem flexibleren Konzept der eigenen Person gelangt, das möglichst alle bedeutsamen Erfahrungen unverzerrt und bewußt wahrnehmen und integrieren kann (PAVEL, 1978, S. 20) und sich damit dem von ROGERS definierten Modell der "fully functioning person" annähert.

Diese "voll funktionsfähige Person" ist nach ROGERS (1969, 1974, S. 278): "ein sich ganz verwirklichender und handlungsfähiger Organismus, der aufgrund seines Selbstbewußtseins, das sein Handeln kennzeichnet, eine sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit darstellt". Diese Person kann Erfahrungen zulassen, sie in das Selbstkonzept einbauen; sie ist offen für alle Bewertungen; ist zu selbstgesteuertem Verhalten fähig und im ständigen Wechsel begriffen (vgl. BOMMERT, 1978, S. 22).

Aufbauend auf ROGERS definiert TAUSCH (1974, S. 18) als wichtige Ziele der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie folgende angestrebte Änderungen der Klienten:

- "größeres Ausmaß allgemeiner seelischer Funktionsfähigkeit;
- Zunahme von Selbstachtung, emotionaler Ruhe und Entspannung;
- Verminderung der Diskrepanz zwischen verwirklichtem Selbstkonzept und angestrebtem Selbstkonzept."

Diese an der Gesamtperson des Klienten orientierten, klientenzentrierten, globalen und relativ abstrakt formulierten Zielsetzungen werden im empirischen Teil dieser Untersuchung in operationalisierte Veränderungs- und Zielbereiche aufgeschlüsselt (vgl. II.B.1.).

Der Zielbestimmungsprozeß in der Gesprächspsychotherapie im Bezug auf "seine Therapie" wird dem Klienten überlassen, der Gesprächspsychotherapeut verzichtet bewußt auf eine inhaltliche Einflußnahme. Die Findung eigener Zielsetzung geschieht als ein nicht abgegrenzter Bestandteil des therapeutischen Prozesses - und nicht wie im verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzept als ein expliziter Therapieschritt ... "der Zielanalyse" (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 2453). Dem Klienten wird Raum gegeben, bis er die ihm gemäßen Ziele herausgefunden hat, er seine ursprünglichen Zielvorstellungen an seinen subjektiven Normen überprüft oder revidiert. Die Problematik des Grades der zielbestimmenden Einflußnahme wird in den neueren Entwicklungen der Gesprächspsychotherapie deutlich (s. I.B.5.).

I.B.3.2. VERHALTENSTHERAPIE:

Die Zielsetzungen der VT sind auf einer mehr konkreten Ebene faßbar. Die VT verzichtet darauf, einen allgemeingültigen, schablonenhaften Katalog von Therapiezielen aufzustellen, vielmehr muß der Verhaltenstherapeut vom einzelnen Klienten ausgehend immer wieder individuelle Ziele bestimmen, sie dem Klienten durchschaubar machen und ihn so in die Bestimmung "seiner" Therapieziele miteinbeziehen. Damit wird angestrebt, daß die Fremdkontrolle durch den Therapeuten zunehmend in die Eigensteuerung des Klienten übergeht, daß dieser später auch ohne therapeutische Hilfe selbständig neu auftretende Probleme meistern könne und zu seinem eigenen Therapeuten werde.

Die verhaltenstherapeutische Zielsetzung ist im Vergleich zur klientenzentrierten vergleichsweise eng gefaßt: sie richtet sich auf ein bestimmtes Problemverhalten des Individuums und sieht dessen Veränderung als vorrangiges Ziel an, wobei sie davon ausgeht, daß Verhalten in seiner spezifischen Ausprägung stärker von der jeweiligen Situation und ihren Reizeinflüssen als von Persönlichkeitseigenschaften abhängt. Die gezielten Maßnahmen zur Veränderung problematischer Verhaltensweisen erfordern eine explizite Zielabsprache vor Beginn der eigentlichen Behandlung.

Im Entscheidungsprozeß zur Definition verhaltenstherapeutischer Zielsetzungen werden Zielvorstellungen des Klienten (z.B. Forderungen der Umwelt) häufig modifiziert durch das "zielkritische" (STAUSS, 1978, S. 136) verhaltenstherapeutische Vorgehen: Analyse der möglichen Folgen einer therapeutischen Veränderung, durch die Einbettung der Zielanalyse in die Analyse des symptomatischen Verhaltens und die Therapieplanung. Der Zielbestimmungsprozeß und die Hierarchie der Thera-

pieziele sowie der Einsatz unmittelbar zielorientierter Behandlungsmethoden wird dadurch transparent, nachprüfbar und kritisierbar gemacht. Da die Therapieziele bereits in einer frühen, diagnostischen Phase der therapeutischen Interaktion festgelegt werden, besteht nach STAUSS (1978, S. 137) die Gefahr, daß der Klient sich gegen subjektive Normen des Therapeuten nicht genügend wehren kann. Diese Gefahr besteht vor allem in der Kinder- und Jugendlichentherapie, in der der Verhaltenstherapeut gezwungen ist, die Therapieziele ohne die Mitwirkung des Klienten festzulegen.

Als "relativ homogene Zielimplikationen des verhaltenstherapeutischen Vorgehens" sieht STAUSS (1978, S. 141) die Betonung der guten Beobachtbarkeit der Symptomatik und der rationalen Planung bei der Bewältigung psychosozialer Probleme. STAUSS sieht die Gefahr, daß dem Klienten durch diese Ausrichtung eine einseitige Sichtweise von Problemen vermittelt wird, infolgedessen die Zielvorstellungen des Klienten auf "aktuell determinierbare, gut beobachtbare und rational leicht faßbare Problemaspekte eingeengt werden, die durch rational zu kontrollierendes, zielgerichtetes, willentlich beeinflussbares Vorgehen bewältigt werden können. Damit steht die Verhaltenstherapie im deutlichen Gegensatz zur Gesprächspsychotherapie, indem sie eine "disziplinierte Ausrichtung und den Einsatz auf ein bestimmtes Handlungsziel hin" (JAEGGI, 1975, S. 429) fordert.

I.B.4. Erleben/Handeln in den orthodoxen Therapieformen GPT/VT

Durch die unterschiedlichen therapeutischen Arrangements der eher orthodoxen GPT/VT wird die Aufmerksamkeit des Hilfesuchenden mehr auf den Veränderungs-bereich Erleben oder mehr auf den Veränderungsbereich Handeln gelenkt.

Unter Handeln sei nach JAEGGI (1977, S. 51) verstanden: "Jedes zielgerichtete Tun im Sinne der Veränderung der Umwelt; Erleben bezeichnet die den Menschen unmittelbar gegebene Möglichkeit der introspektiven Erfassung eigener psychischer Vorgänge oder Zustände z.B. Aspekte des Denkens, Fühlens, Vorstellens, die dem Beobachter von außen nicht direkt zugänglich sind.

Durch ein spezifisches Set von Interaktionsregeln, die auf einer bestimmten Persönlichkeitstheorie beruhen (vgl. I.B.2.), steht für Therapeut und Hilfesuchenden mehr die Handlungs- bzw. mehr die Erlebnisseite eines zu lösenden Problems im Vordergrund.

In diesem Kapitel wird überlegt, was die jeweils dominante Aufmerksamkeitsausrichtung auf das psychische Erleben bzw. Handeln für den therapeutischen Prozeß bewirkt und welche Probleme und Chancen entstehen, wenn eine Kombination beider Herangehensweisen versucht wird.

Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf innerpsychische Prozesse und die Beschränkung auf die verbale Interaktion in der GPT bedeutet nach JAEGGI (1977, S. 32) "eine nur symbolische Strukturierung der Realität", eine Trennung des Erlebens vom gegenstandsbezogenen Handeln, von einer "handelnden Erforschung der Realität". Dagegen spielt sich die Verhaltenstherapie in den meisten Fällen in der natürlichen Situation des Patienten oder im verhaltenstherapeutischen Therapieraum, der als eine "Art Bühne genutzt wird, wo in Rollenspielen, in Phantasie-Spielen die Realität mit einbezogen wird" (JAEGGI, 1977, S. 33).

Besonders bedeutsam im Hinblick auf die Zielgruppe/ Zielbereiche dieser Arbeit (vgl. II.A.2.) wird die Diskrepanz im Vorgehen der beiden Konzepte im Hinblick auf Verhaltensdefizite. Für die klientenzentrierte GPT geht es dabei überwiegend um die Aufhebung von Hemmungsprozessen, die das Erleben und Verhalten beeinträchtigen, und deren grundsätzlich gegebene Äußerungsmöglichkeit und Entfaltung einengen. Der Therapeut muß danach in der Beschäftigung mit der gegenwärtigen gefühlsmäßigen Situation des Klienten dazu verhelfen, diese Blockierungen im engen Rahmen einer spezifischen verbalen Kommunikation zu erkennen und aufzulösen. Diese Erweiterung des Handlungs- und Verhaltensspielraums des Klienten wird durch das Methodeninventar der VT, die Vermittlung grundlegender Elemente der Verhaltensänderung (z.B. Klärung der aufrechterhaltenen Bedingungen störenden Verhaltens, Gesetzmäßigkeiten der Verhaltensbeeinflussung), sowie praktisches Einüben konkreter Verhaltensweisen erreicht.

Der Patient lernt so durch entsprechende Fragen des Verhaltenstherapeuten, sein Wahrnehmungsfeld so zu strukturieren, daß vor allem Handlungen, ihre situativen Bedingungen und ihre Konsequenzen im Mittelpunkt stehen. Diese Lenkung durch den Verhaltenstherapeuten bei der "Umformulierung" von Problemen auf die Handlungsebene der Störung, auf die damit verbundenen Umweltfaktoren und auf operationalisierte Aussagen werden bestehende Verhaltenslücken schneller und lückenloser erkannt und verändert - vor allem bei jüngeren Klienten - als beim Grundprinzip der Nichtlenkung.

Gerade aber in den Aspekten der praktischen Wirksamkeit und der relativ leichten Vermittelbarkeit grundlegender Elemente der Verhaltensmodifikation liegen erhebliche Gefahren (vgl. BOMMERT/PLESSSEN, 1978, S. 109). Die Autoren weisen auf die Notwendigkeit hin, vor der Anwendung verhaltensmodifizierender Maßnahmen im gemeinsamen Prozeß die Richtung und Ziele der Verhaltensänderung festzulegen, die Erwartungen und Bedürfnisse aller Beteiligten zu überprüfen. Dies gilt besonders, wie in dieser Arbeit, für die Arbeit mit

Kindern und Jugendlichen, in der das "Machtgefälle" bzw. das hohe Maß der Fremdkontrolle besonders groß ist.

Ein weiterer Unterscheidungsgesichtspunkt der beiden orthodoxen Therapieformen besteht in ihren Anforderungen an den Hilfesuchenden: in der verhaltenstherapeutischen Behandlungssituation ist der Klient gefordert, die systematische Strukturierung innerhalb der einzelnen Therapieschritte mitzuvollziehen und bei der Bestimmung der Therapieziele (vgl. I.B.3.) seines individuellen Behandlungsprogramms mitzuwirken; der Klient in der orthodoxen GPT bestimmt dagegen allein die Inhalte der Therapiekontakte. Das "Ertragen" dieser Umstrukturiertheit und der damit verbundenen Zurückhaltung des orthodoxen Gesprächstherapeuten und die Beschränkungen auf das Gespräch als wesentlichste Methode der "Informationsvermittlung" kann besonders für Unterschichtklienten und für jüngere Klienten eine Überforderung bedeuten. Während der Verhaltenstherapeut die Hürde der sprachlichen Verständigung von vornherein abzubauen bemüht ist, wird von den meisten Gesprächspsychotherapeuten ein bestimmtes Niveau von Verbalisierungsfähigkeit, Introspektion, die Fähigkeit "zur kognitiven und emotionalen Umstrukturierung und die Handhabung neuer Konzepte" (BOMMERT, 1978, S. 1332) gefordert. Dabei besteht nach BOMMERT die Möglichkeit des Erlernens der für die Therapie notwendigen Verhaltensvariablen durch den Klienten während des Therapieprozesses (BOMMERT a.o.). So gibt es z.B. Hinweise darauf, daß selbstexploratives Verhalten in relativ kurzer Zeit von lernbehinderten Kindern im Rahmen der Therapie erlernt werden kann (BOMMERT u.a. 1975).

Die unterschiedlichen Anforderungen an den Therapeuten werden durch die Sichtweisen der Therapeutenrolle in den traditionellen Therapieschulen bestimmt (vgl. Kap. I.C.1.). Da sich der Gesprächspsychotherapeut

allein am "inneren Bezugsrahmen des Klienten" zu orientieren hat, wird ihm ein Grundraster in Form der therapeutischen Basisvariablen an die Hand gegeben, das keine konkreten Handlungsanweisungen und Hilfen für spezielle, schwierige Situationen enthält. TSCHUELIN (1977, S. 31) sieht darin die Möglichkeit der Überforderung des Therapeuten im Bezug auf sein Verständnisvermögen und seine Zuwendungskapazität, z.B. bei Klienten unterprivilegierter sozialer Schichten, "in der Therapie mit Klienten, die nicht-ängstlich und dafür sehr viel mehr handlungsbezogen sind".

Die durch das Postulat der Nicht-Direktivität eingeschränkte, unflexible Rolle des orthodoxen Gesprächspsychotherapeuten (SUCKERT-WEGERT, 1976, S. 25) gewinnt durch die Weiterentwicklung des gesprächspsychotherapeutischen Ursprungskonzepts zu "differentiellem Therapeutenverhalten" (BASTINE, 1975, MARTIN, 1975) an Spielraum. So setzt sich das Bewußtsein vom Therapeutenverhalten als gezielte Einflußnahme immer stärker durch (z.B. "neue" Therapeutenvariablen: "Aktivität", "Konfrontation", "Selbsteinbringung" ...), die teilweise nicht mit dem orthodoxen Ursprungskonzept vereinbar sind.

Diese veränderte Sichtweise der Rolle des Therapeuten geht in Richtung der anderen orthodoxen Rolle des technisch, professionellen Experten, die dem Verhaltenstherapeuten zugeschrieben wird, der mit seinem Veränderungswissen die aktive Führung und damit stärkere Verantwortung für das Therapiegeschehen aktiv übernimmt.

Diese Rolle kennzeichnen: Elemente des Belehrens, Erklärens, Analysierens (z.B. Meinung über eine bestimmte Störung und über deren Zusammenhang mit situativen Bedingungen zu liefern, Strukturierungshilfen zu geben ...). Damit wird der Therapeut zu einem Fachmann, der in der Lage ist, Probleme für den Klienten zu lösen.

Aus den theoretischen Grundannahmen der beiden Ursprungskonzepte leiten sich weitgehende Beschränkungen auf bestimmte Veränderungsbereiche "Beziehung", "Verhalten", "Selbsterfahrung" ab (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 83) und ziehen damit für den Praktiker bestimmte Handlungsanweisungen und Einengung der Handlungsmöglichkeiten in der therapeutischen Interaktion, die spezifische Effekte der Therapieformen nach sich.

So beschäftigt sich die GPT in erster Linie mit Beziehungs- und Erlebensphänomenen (vgl. BASTINE, 1975, S. 56) losgelöst vom konkreten Handeln, während in der VT die Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung erst in neueren Veröffentlichungen als "Beziehungsfaktoren" beachtet werden (GRAWE/DZIEWAS, 1978, S. 202).

Durch das Ausblenden spezieller Interventionselemente ist die Gefahr der Einschränkung von Veränderungsmöglichkeiten gegeben, wenn eine Störung handlungs- bzw. erlebensunabhängig gesehen wird.

Sieht z.B. ein Klient mit einem Schreibkrampf sein Problem vorwiegend von der Handlungsseite her ohne die Beziehung zum Erleben, etwa zu Angsterlebnissen. Minderwertigkeitsgefühlen o.ä. herzustellen, so wird die Erlebnisintensität tiefgreifender emotionaler Erfahrungen nicht berücksichtigt. (JAEGGI, 1977, S. 58).

Durch Kombination von Methoden dieser beiden theoretischen Systeme, durch "Erhellung des Verhältnisses von Handlungen, Erleben und Umwelt" (JAEGGI, 1977, S. 58) kann in einem gewissen Rahmen die durch die theoretischen Einseitigkeiten bedingte Beschränkung therapeutischer Hilfsmöglichkeiten aufgehoben werden.

Schema: Unterschiede zwischen den 3 Therapiekonzepten:

X = Element wird realisiert

- = Element fehlt

	orthodoxe GPT	orthodoxe VT	Methodenkombination
Beziehungs- zentrierung	X	-	X
Verhaltens- zentrierung	-	X	X
Veränderungs- bereich: Erleben	X	-	X
Veränderungs- bereich: Handeln	-	X	-
Einbeziehung von Subjekt- variablen ⁺⁺ (individuum- zentriert)	X	-	X
Einbeziehung von Umwelt- variablen ⁺⁺ (umweltzen- triert)	-	X	-
Prozeßzen- trierung ⁺⁺⁺	X	-	X
Nicht-Lenkung	X	-	-
Strukturierung (in Richtung: Zielbereiche)	-	X	-
Stimulation (Zielbereiche)-	-	-	X

⁺ vgl. auch II.B.2. Darstellung der Therapie-
konzepte (S. 117)

⁺⁺ vgl. S. 63 f

⁺⁺⁺ vgl. S. 65

I.B.5. Methodenkombinierendes Modell

5.1. Grundannahmen:

Hinter dem in dieser Arbeit entwickelten und realisierten therapieformübergreifenden, methodenkombinierenden Therapiekonzept steht ein Modell der Integration von Elementen psychologischer Beeinflussung aus den beiden orthodoxen Ursprungskonzepten GPT und VT. Dieses Modell basiert auf einem "doppelten Modifikationsansatz": auf der Grundannahme, daß die Effektivität der Therapie durch Erlebensmodifikation (durch den positiven Einfluß der klientenzentrierten Haltung) und Verhaltensmodifikation (durch die Wirkung verhaltensmodifikatorischer Techniken) gesteigert werden kann.

Bei den Klienten sind dadurch (global formuliert) zu erwarten: Lerngewinne im Sinne veränderter Einsichten und Einstellungen, emotional bewegender Erfahrungen, differenzierterer Selbstwahrnehmung und gezielte Veränderungen im Interaktionsverhalten, Erweiterungen des Verhaltensrepertoires.

Wie ESSER (1978) am Beispiel einer Synthese: "Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie" aufzeigt, findet auch in diesem Modell eine "Verschmelzung der notwendigen Bedingungen für eine Induzierung des Veränderungsprozesses im Erleben und Verhalten" (S. 182) aus dem Rahmen der gesprächspsychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepte statt. Die Bedingungen, die dem Rahmen der klientenzentrierten Therapie entstammen und dienlich sein können, die verhaltenstherapeutische Perspektive (Einsatz spezifischer Interventionsformen) zu erweitern, bestehen im Wesentlichen aus solchen Verhaltensweisen oder Elementen, die sich mit Beziehung oder Vertrauen befassen.

So sind im gesprächstherapeutischen Setting Klient und Therapeut in einem intensiven Gesprächskontakt

miteinander; der Klient nimmt die therapeutische Zuwendung und Sympathie für ihn wahr, die der Therapeut ihm durch Akzeptierung und Eingehen auf seinen inneren Bezugsrahmen zeigt. Der Verhaltenstherapeut versteht unter "guter Beziehung zum Patienten": Zuwendung kontingent verwenden (z.B. Lob, Streicheln) als Belohnung beim Aufbau erwünschter Verhaltensweisen, deren Einsatz abhängig gemacht wird vom Auftreten bestimmter Verhaltensweisen.

Die Bedingungen aus dem Rahmen der Verhaltenstherapie, die die klientenzentrierte Sichtweise und Handlungsmöglichkeit ausweiten können, bestehen aus dem Einsatz spezifischer Interventionsformen der expliziten und konkreten Definition der Therapieziele.

So zerlegt z.B. der Verhaltenstherapeut bei einem Kind mit sozialer Inaktivität das Therapieziel: "die Fähigkeit, soziale Kontakte aufzunehmen und zu sozialer Kooperation zu gelangen" in speziellere Zieleinheiten, die dann im Rahmen einer Verhaltensformung miteinander verkettet werden können. Als erster Schritt werden Vorstufen der sozialen Aktivität aufgebaut, wie: Verhaltensweisen, die einfache Kommunikationsbereitschaft signalisieren, z.B. Hinwenden, Ansehen, Anlächeln, kurze Bemerkungen machen ... uws. Als zweiter Schritt werden Ansätze zur Kontaktaufnahme unterstützt: der Therapeut ermuntert das Kind, Vorschläge zu machen, geht auf die Vorschläge des Kindes ein, leitet indirekt zu Sozialspielen oder sozialen Tätigkeiten an, in denen das Kind bereits Erfahrung hat. Der nächste Schritt besteht im Formen der sozialen Kooperation, in der Kind und Therapeut gemeinsam Probleme lösen.

Es geht bei dem methodenkombinierenden Modell darum, ein integratives Therapiekonzept zu erstellen, dessen einzelne Elemente speziell auf vorher explizierte Therapieziele und eine bestimmte Klientenpopulation hin ausgewählt werden, und nicht darum, verschiedene Therapiemethoden additiv zusammenzufügen. Bei einer unkritischen Methodenaddition, beim "Springen" von einer Interventionsform in die andere kann es zu "negativen Interferenzen, zu Verunsicherung des Patienten" (JAEGGI, 1977, S. 58) kommen.

Die verschiedenen Techniken des methodenkombinierenden Therapiekonzepts werden "synergistisch, d.h. zusammenwirkende Kräfte in eine Richtung" (SCHMIDTBAUER, 1977,

S. 124) nicht sich widersprechend oder konkurrierend, eingesetzt.

Nach dem methodenkombinierenden Modell werden Interventionselemente je nach Schwerpunktsetzung, d.h. nach den angesteuerten Zielen, bzw. Teilzielen, aus unterschiedlichen Ursprungskonzepten abgerufen. Hinsichtlich des methodischen Vorgehens wird versucht, ein möglichst breites Spektrum von Vorgehensweisen zur Anwendung zu bringen (z.B. Verhaltensübungen, Lernen am Modell, Informationsvermittlung, Förderung der Selbstdarstellung, Rückmeldung). Die Übertragbarkeit auf andere Situationen (transferwirksame Verknüpfung der momentanen Gruppensituation mit alltagsrelevanten Problemen der Kinder zu Hause) und eine fortlaufende Neu-Erhebung des IST-Zustandes des Klienten im Bezug auf die Zielbereiche ist in das Therapiestundenprogramm eingeplant.

Abgegrenzt werden soll das methodenkombinierende Modell von den Autoren, die einen phasenspezifischen Einsatz von gesprächspsychotherapeutischen/verhaltens-therapeutischen Elementen befürworten (FIETKAU, 1977, S. 21; ZOEKE u.a. 1977, S. 122; SCHMIDTCHEN, 1976, S. 55; ZIMMER, 1978, S. 3 f.).

Gemeinsam ist diesen Autoren, daß sie eine erste Phase "Herstellung einer therapeutischen Beziehung" (SCHMIDTCHEN, 1976, S. 52) annehmen, die durch die Realisierung der gesprächspsychotherapeutischen Basisvariablen gekennzeichnet ist. Der Einsatz von Methoden der Verhaltensmodifikation erfolgt bei ZOEKE im zweiten von fünf Hauptschritten des Therapieprozesses ("der Therapeut verläßt den Boden der klassischen GPT und nutzt die Methoden und Techniken der Verhaltensmodifikation ..., um Mängel im Handlungsprogramm des Klienten zu beheben", S. 122). In einem dritten Schritt werden die bei diesem konkreten Einübungsverfahren gewonnenen Erkenntnisse und die damit verbundenen emotionalen Zuständlichkeiten des Klienten auf der Ebene der Verbalisation aufgearbeitet (S. 123). Bei FIETKAU und SCHMIDTCHEN setzt die "differentielle Verhaltensmodifikation" (SCHMIDTCHEN, 1976, S. 54) und der "Einsatz verhaltensmodifizierender Therapiestrategien durch Verhaltenstherapie" (FIETKAU, 1977, S. 21) in der letzten Phase des Therapieverlaufes ein.

Damit ist zwar die Forderung von FRANKE (1976, S. 217) "starre Therapieformen in sequentielle Handlungsstrategien aufzulösen" erfüllt, doch ist damit m.E. die Gefahr der einseitigen Festlegung auf bestimmte Veränderungsbereiche einer Therapieschule dabei nicht genügend ausgeschlossen, da die Möglichkeit eines Wechsels und Verknüpfung von Elementen zu jedem Zeitpunkt des Therapieverlaufes nicht wie im methodenkombinierenden Therapiekonzept gegeben ist.

Das methodenkombinierte Therapiekonzept beinhaltet somit keine phasenspezifische Orientierung, sondern eine zweigleisige Problemorientierung (vgl. I.B.5.3.): gleichberechtigt nebeneinander stehen die (übergeordneten) Ziele der Erlebens- und Verhaltensmodifikation.

5.2. Integrative Zielsetzung

KANFER und GOLDSTEIN (1975) stellen fünf langfristige, sich nicht gegenseitig ausschließende Zielsetzungen zusammen, die generell in "hilfreichen Beziehungen verfolgen können:

- "(1) Veränderung eines bestimmten problematischen Verhaltens, wie z.B. unzureichende Fertigkeiten im Umgang mit anderen Personen;
- (2) Einsicht oder ein klares rationales und emotionales Verständnis der eigenen Probleme;
- (3) Veränderungen in dem subjektiven, gefühlsmäßigen Wohlbefinden einer Person, einschließlich der Veränderungen von Angst und Spannung;
- (4) Veränderungen in den eigenen Wahrnehmungen von sich selbst, einschließlich der eigenen Ziele, des Selbstvertrauens und des Gefühls der Zulänglichkeit;
- (5) Veränderung in dem Lebensstil einer Person oder eine "Persönlichkeitsumstrukturierung", ein Ziel, das auf einen durchgreifenden Wechsel in der Lebensweise des Klienten ausgerichtet ist." (S. 7)

Darüber hinaus geht JAEGGI (1977), die das Ziel kombinierter Therapiemodelle, die "Zusammenhangstiftung von Erleben und Handeln" (S. 59), z.B. die Bedeutung neuerer gelernter Handlungsalternativen für das Erleben klarzulegen, fordert.

Bei der vorab erstellten Zielbestimmung des ausgewählten methodenkombinierenden Therapiekonzepts waren folgende Fragen zu berücksichtigen:

- Welche Erlebens- und Verhaltensweisen bedürfen einer Veränderung, d.h. erweisen sich in der Gruppentherapie-situation aktuell als problematisch und sind darüber hinaus im Alltagsleben der Zielpopulation relevant, veränderungsbedürftig?
- Wodurch wird dieses Verhalten bedingt und aufrecht erhalten?
- Durch welche kombinierten Maßnahmen können die angestrebten Veränderungen im Erlebens- und Verhaltensbereich am besten bewirkt werden?

Da die eher von den eher orthodoxen Therapieformen propagierten Zielsetzungen (I.B.3.) jeweils für unterschiedliche Aspekte der Zielbereiche dieser Untersuchung bedeutsam sind, allerdings nicht den gesamten Bereich abdecken, vereinigt das methodenkombinierende Modell zwei unterschiedliche Zielrichtungen von Therapie: (1) die Veränderung innerpsychischer Strukturen und (2) die Veränderung im Verhalten des Individuums. Im Sinne einer generellen Zieldefinition: es wird angestrebt, das intrapsychische Erleben des Blockiertseins der Klienten überwinden zu lernen durch Neuorientierung im Handlungs- wie im Gefühlsbereich.

Die ausgewählten Zielbereiche des methodenkombinierenden Therapiekonzepts werden vorab expliziert und soweit konkretisiert, daß sich daraus Übungs- und Handlungsanweisungen für den Therapeuten ableiten lassen, und gleichzeitig durch offene Darlegung eine grundsätzliche "Bewertung" durch die Klienten erfolgen kann.

5.3. Unterschied zu den orthodoxen Ursprungskonzepten

Das Hauptunterscheidungsmerkmal des methodenkombinierenden Therapiekonzepts von den eher orthodoxen Therapiekonzepten ist durch vier Punkte gekennzeichnet:

- Durch die Therapeutenvariable "Stimulation" (vgl. II. B.2.3.), die das klientenzentrierte Prinzip der "Nichtlenkung" und das verhaltenstherapeutische Merkmal "Lenkung" ersetzt, entsteht ein mittleres Maß an Strukturiertheit der Therapiesituation, die den Entscheidungsspielraum der Kinder miteinbezieht und so eine der Erreichung der Zielbereiche förderliche, gleichberechtigte Gewichtung der planmäßigen verhaltenstherapeutischen Einflußnahme im Sinne von Lernhilfen durch den Therapeuten und der Eigeninitiative und Kreativität der Klienten anstrebt.

Das Element der Strukturierung im Therapeutenmerkmal Stimulation bietet die Möglichkeit, die aktuelle soziale Gruppensituation in einer Weise zu vereinfachen und durchsichtig zu machen, daß durch Angebote von Verhaltensalternativen und Problemorientierung eine schrittweise Annäherung an komplexe Alltagssituationen (z.B. Konfliktsituationen in der Schulklasse, mit fremden Erwachsenen) aktiv erlebt und geübt werden kann.

-Zweigleisige Problemorientierung:

Bei diesem problemorientierten störungsspezifischen Methodeneinsatz (Rollenspiel, Modellvorgabe, verbale Verstärkung ...) behält die klientenzentrierte Haltung ihren Stellenwert als durchgängige, im Gegensatz zu phasenspezifischer, Haltung der Akzeptierung und des Aufgreifens emotionaler Erlebnisinhalte, unter dem Gesichtspunkt der Klärung innerer und äußerer Lebensbedingungen des Klienten und der fortlaufenden Aufarbeitung neuer Erfahrungen im Medium der Sprache.

Beispielsweise schafft das soziale Rollenspiel in der Gruppe, das vom Therapeuten angeregt und verbalisiert wird, für ein Kind eine Art Freiraum, in dem es mit Verhaltensformen und Reaktionsweisen experimentieren und Möglichkeiten zur Bewältigung interaktionaler Probleme ausprobieren kann, in ständiger Wiederholung

einzelner Erfahrungen in immer neuen Abwandlungen und wechselnden Situationen. Neben einer Modellfunktion vermitteln Gruppenmitglieder sofortige und eindeutige Rückmeldung in Form angenehmer und unangenehmer Verhaltenskonsequenzen (Auslachen, Bewunderung). Dabei können Ereignisse und Probleme der momentanen Beziehung zwischen Therapeut / Kind / Gruppe in der Verhaltensanalyse und in den Änderungsschritten in Richtung auf die Zielbereiche mit dem Alltag der Lernbehinderten verknüpft werden.

-Grad der Strukturierung:

Aus den Schwächen des von ROGERS und seinen Schülern konzipierten theoretischen Konzepts und insbesondere aus der konkreten Therapiesituation heraus gewonnenen Erfahrungen der Notwendigkeit eines differentiellen Vorgehens (vgl. BASTINE, 1970) resultierte die neuere Entwicklung der "differentiellen Gesprächstherapie".

Die Forderung eines gleichbleibend konsistenten Therapeutenverhaltens zur Gestaltung einer hinreichenden Bedingung zur Veränderung macht es für ROGERS überflüssig, über die Beschreibung spezifischer Störungen zu differenzierten therapeutischen Verhaltenselementen zu gelangen. Die Therapietheorie selbst beansprucht einen hohen Allgemeingrad, "indem sie vielen Ätiologien und Symptombildern durch starre Anwendung gleichförmiger Interaktionsformen über längere Zeiträume hinweg gerecht werden will." (GOETZE/JAEDE, 1978, S. 64). Deshalb werden dem Therapeuten keine konkreten Techniken oder Handlungsanweisungen gegeben, um in bestimmten Situationen mit spezifischen, schwierigen Situationen zurecht zu kommen.

Die Vertreter der differentiellen Gesprächspsychotherapie lehnen ausdrücklich die Annahme ab, daß psychotherapeutischer Prozeß / Klient / Therapeuten in sich homogen seien. Sie nehmen vielmehr an, daß auch Gesprächstherapeuten, die auf dem von ROGERS beschriebenen Basisverhalten aufbauen, planmäßig und zielgerichtet vorgehen, indem sie bei bestimmten Auffälligkeiten im Gesprächsverhalten des Klienten (z.B. bei Diskrepanzen, häufigen negativen Selbstäußerungen des Klienten, mangelnde emotionale Beteiligung) therapeutische Interventionsstrategien (z.B. Verstärkung positiver Selbstaussagen, Konfrontation, Rückmeldung) einsetzen.

So entspricht das methodenkombinierende Element der Rückmeldung bei der Variablen STIMULATION, das als "erlebnisaktivierende" Intervention dem Klienten sein verbales und nonverbales Verhalten zurückkoppelt (z.B. den Schülern ihre Stimme und Kommunikationsstil bei Konflikten vom Tonband vorspielt) der neueren Richtung der GPT, nicht aber dem Ursprungskonzept.

Das methodenkombinierende Setting ist in der äußeren Form stärker variabel als das eingeschränkte gesprächs-therapeutische Setting, das Hauptmedium bleibt jedoch das Gespräch, die Sprache.

- Ansatz bei "Subjekt- und Objektvariablen":

Das methodenkombinierende Modell klammert nicht die Anteile verschiedener Lern- und Sozialfaktoren aus - wie es der orthodoxen Gesprächspsychotherapie vorgeworfen wird (BOMMERT u.a., 1973, S. 51).

Bei dieser einseitigen Sichtweise kann das Handeln nur über den Erlebnisbereich verändert werden - es sieht konstruktive und destruktive Verhaltensweisen des Individuums auch als Ergebnis sozialer Lernvorgänge an. Es bezieht somit die "Umweltvariablen" (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 61), die als Variablen des stimulierenden und reaktionsbegleitenden Umweltverhaltens beschrieben werden können, mit ein.

Nach SCHMIDTCHEN (1978, S. 61 f.) schlüsseln sich die Umweltvariablen in zwei globale Variablen auf: Reiz- bzw. Settingvariablen (Verhaltensauslöser wie Verhaltensanregungen, Aufgaben oder Problemsituationen) und Variablen der Umweltkonsequenzen (Verhaltensreaktionen wie verstärkende oder bestrafende Umweltreaktionen sowie jegliche Art von Verhaltenshilfen, die das Individuum bei der Durchführung seiner Handlungen bekommt).

Der Unterschied zu orthodoxen verhaltenstherapeutischen Auffassungen, die "an der differenzierten Konstatierung von Erlebnissen nicht interessiert sind" (JAEGGI, 1977, S. 59) und somit die Subjektseite zugunsten dieser Umweltvariablen vernachlässigen - erst neuere Vertreter der Verhaltenstherapie sehen den

Menschen zunehmend als reflexives, aktiv und bewußt handelndes Wesen -, besteht in der Einbeziehung von Subjektvariablen und der Annahme der Wechselwirkung zwischen Subjekt- und Umweltvariablen.

Analog zu SCHMIDTCHEN (1978, S. 63) sollen unter un-spezifischen Subjektvariablen verstanden werden: ein-zelne offene und interne Tätigkeitsschritte, insbesondere deren kognitive und affektiv-motivationalen Korrelate, die das Individuum bei der Ausführung einer zielgerichteten Umweltintervention vornimmt. Es sind Variablen wie Gefühlswahrnehmung, angstfreies Erleben seines Selbst, unselegierte, offene Wahrnehmung (ROGERS, 1974, S. 227 f.), volle Handlungsfähigkeit, Zutrauen zum Funktionieren des Organismus ... Als Beispiele für spezifische Subjektvariablen, die sich mit allen Handlungsprozeduren kombinieren lassen, nennt SCHMIDTCHEN (1978, S. 67) Bewertungsverhalten: Der Klient bewerte die Reize anhand seiner Wünsche und Interessen und sucht nach Reizsituationen, die ihn zu einem Handlungsziel anregen. Die Bewertungen werden nach einem persönlichen Bewertungsmaßstab vorgenommen. Sie orientieren sich zwischen den Polen angenehm (interessant, anregend) und unangenehm (langweilig, nicht weiter anregend) und stellen eine persönliche Stellungnahme des Klienten zu seiner Umwelt dar. Sie sind mit Gefühlsreaktionen kombiniert, die wichtige Hinweise zur Erkennung von Bewertungsprozessen geben."

Eine weitere Besonderheit des methodenkombinierenden Konzepts ist die Betonung der kommunikativen Wirkung auf den Klienten, d.h. den Effekt, den die einzelnen Behandlungstechniken auf die Sicht des Klienten hat. Es werden nicht nur Informationen über die Problematik, über bestimmte Teilprozesse des Klientenverhaltens in Richtung auf die Zielbereiche durch den Therapeuten abgerufen, sondern er bemüht sich vielmehr, mit dem Klienten zusammen in unaufdringlicher, einführender Weise auch zu erarbeiten, welche Ängste, Befürchtungen, Wünsche, Absichten u.ä. mit der therapeutischen Situation für den einzelnen Klienten einhergehen. Durch Verständnis und Interesse an der inneren Welt des Klienten und durch Einbringen seiner eigenen Rolle, Aufgabe und Person nimmt der Therapeut am Erleben und Handeln des Klienten teil.

Obwohl sich die methodenkombinierende therapeutische Taktik am Konzept des "Selbstentdeckungslernens" orien-

tiert, bezieht sie stimulierende und übende Elemente mit ein und grenzt sich somit von den orthodoxen, nichtdirektiven spieltherapeutischen Ansätzen (AXLINE, 1972; GOETZE/JAEDE, 1974, 1978; BAUMGÄRTEL, 1976) ab, die "zu sehr die Bedeutung des einsichtigen und des selbstentdeckenden Lernens" und eine "zu differenzierte kognitive Struktur sowie ein zu hohes Ausmaß unspezifischer Lernerfahrungen" (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 123) voraussetzen.

-Prozeßzentrierung:

Global gesehen werden im methodenkombinierenden Konzept als einem flexiblen Breitbandverfahren gleichberechtigt nebeneinander stehende klientenzentrierte Techniken zur Beziehungs- und Klimagestaltung und differenzielle, verhaltensmodifizierende Interventions-techniken miteinander verknüpft. Die therapeutische Hilfe wird dabei nicht ergebniszentriert, sondern prozeßzentriert gegeben. Dieser Unterschied soll am Beispiel einer Intervention beim Problemlösen verdeutlicht werden.

Damit ist gemeint, daß nicht der inhaltliche Aspekt eines zu lösenden Problems bedeutsam ist, sondern die Art und eigene Bewertung der vom Klienten angewendeten Lösungsprozeduren. Dabei ist das Ansprechen und Erfragen von Gefühls- und Bewertungsprozessen des Klienten wesentlich, weil unangenehme Gefühle und negative Bewertung den Problemlösungsprozeß abbrechen lassen können.

Ein Kind bittet den Therapeuten bei einer Schwierigkeit im Puzzle-Spiel um Hilfe. Dieser kann auf zweierlei Art helfen: inhaltszentrierte Hilfe besteht darin, dem Klienten zu sagen, wo das fehlende Teil hinpaßt. Die prozeßzentrierte Strukturierungshilfe könnte heißen: "Du überlegst jetzt, was Du als nächstes machen willst? (Stimulierung zur Zwischenzielsetzung) oder "Wenn man nicht weiterkommt, wird man kribbelig und will am liebsten alles hinschmeißen." (Ansprechen von Bewertungsprozessen und daraus folgenden unangemessenen Zielerreichungsverhalten); "Du kommst alleine nicht weiter, frag doch mal ein Gruppenmitglied, ob es Dir suchen helfen kann" (Stimulieren von Kooperation).

Nach der Lösung des Problems kann der Therapeut anregen, die bei der Lösung aufgetretenen Schwierigkeiten zu schildern und anzugeben, wie sie überwunden

wurden. Mit dieser rückblickenden Analyse des Problemlösungsverhaltens soll gewährleistet werden, daß sich das Kind mit der Art und Weise seines Vorgehens in Problemsituationen auseinandersetzt (Beispiel analog zu SCHMIDTCHEN, 1978, S. 135).

Im einzelnen beinhaltet das methodenkombinierende Therapiekonzept (vgl. II.B.2.3.) die klientenzentrierten Merkmale der "Akzeptierung und Freundlichkeit", "Momentenzentriertheit", "Ruhe und Zuversicht" und der "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" und die verhaltensmodifikatorischen Techniken zur Bekräftigung der den Zielbereichen angemessenen Erlebens- und Handlungsprozesse. Weiterhin ist es wirksam, durch Veränderung von funktionalen Reiz-Reaktionszusammenhängen, d.h. in bestimmten Situationen mit anderem Verhalten reagieren zu können (z.B. bei Mißverständnissen auch eigene Gefühle zum Ausdruck zu bringen) sowie durch "Stimulation in Richtung auf die Zielbereiche". Diese Technik der Stimulation soll den Klienten zu "differenzierenden Verarbeitungsprozessen (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 130) anregen.

Mit dieser Technik versucht der Therapeut, Prozesse des Erkennens (insbesondere der Situationsanalyse), Zielsetzens, Bewertens, Prüfens, Suchens und Findens dadurch zu verändern, indem er durch Spezifizierungen, Verallgemeinerungen oder verbale Provokationen den Klienten zu einer neuen Verhaltenssicht zu stimulieren versucht. Der Klient wird durch Herausgreifen, Gegenüberstellen und Betonen bestimmter Elemente seines Verhaltensprozesses mit Fehlern in dessen Organisation oder Zielsetzung konfrontiert. Durch Informieren über angemessene Handlungsprozesse bringt der Therapeut dem Klienten neue Verhaltensmuster nahe, z.B. in Form von Selbstexplorationen des Therapeuten, in denen er dem Klienten seine Sicht einer angemessenen Verhaltensreaktion mitteilt oder durch nichtverbale Demonstration eine Verhaltensalternative vorführt.

Der Klient behält hierbei die Möglichkeit, diese Korrekturen abzulehnen oder selbständig vorzunehmen. Er soll den Therapeuten in der Rolle eines Helfers sehen, der viel Verständnis für seine Probleme hat, der weiß, wie man sie bewältigen könnte, der seine Hilfe an-

bietet, unter der Bedingung, daß der Klient zuerst versucht, sich selbst zu helfen. Seine therapeutische Mithilfe besteht im wesentlichen in einer Hilfe zur Selbsthilfe durch ein partnerschaftliches Verhalten.

Damit ist gemeint, daß sich der Therapeut bemüht, das Beziehungsverhältnis zum Klienten und zur Gruppe so zu strukturieren, daß ein wechselseitiges Geben und Nehmen stattfindet. Dies drückt sich in einer stärkeren Partnerschaft aus (z.B. in gemeinsamer Arbeit an einem Problem, Geben von Hilfestellung, Höflichkeit, gleiche soziale Rechte, gegenseitige Aufmerksamkeit ...), als sie beispielsweise im Rollenverhältnis zwischen Erwachsenen und Kindern allgemein zum Ausdruck kommt.

Aufgrund dieser partnerschaftlichen Beziehung wird der Einsatz von Bestrafungstechniken, der im verhaltenstherapeutischen Therapiekonzept realisiert wird, abgelehnt und durch andere Techniken, z.B. des "Hinterfragens" und "Stimulierens" ersetzt, da Bestrafungstechniken mit der klientenzentrierten Basishaltung des methodenkombinierenden Konzepts unvereinbar sind.

I.C. Der methodenkombinierende Therapeut

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Stellenwert, den der Therapeut, seine Ausbildung, Orientierung und Vorgehensweise in der therapeutischen Interaktion mit Kindern und Jugendlichen aus "orthodoxer" und aus schulenübergreifender, integrativer Sicht einnimmt.

Gegenübergestellt werden zwei Klassifizierungsmöglichkeiten: die "typische" verhaltenstherapeutische Konzeption des "verhaltensorientierten Psychologen" (BREUER/SEEGER, 1977, S. 9), die den "Verhaltensaspekt" (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 78) akzentuiert und das "persönlichkeitsbezogene", erfahrungszentrierte, den Beziehungsaspekt betonende gesprächspsychotherapeutische Bild des Therapeuten. Aus dieser zur Verdeutlichung stark vereinfachten und willkürlichen Polarisierung, die die einschränkenden Auswirkungen einseitig orthodoxer Schwerpunktsetzungen auf den dem Therapeuten generell zur Verfügung stehenden Verhaltensspielraum aufzeigt, werden die Anforderungen an den methodenkombinierenden Therapeuten im praktischen Vorgehen und in seiner Ausbildung abgeleitet. Die Anforderungen an den kindzentrierten Therapeuten gelten dabei auch für den methodenkombinierenden Gruppentherapeuten.

1. Anforderungen an den verhaltenszentrierten Therapeuten:

Bei verhaltenstherapeutisch orientierten Psychologeklient-Beziehungen läßt sich nach den hypothetisch formulierten Verhaltensdimensionen der Strukturierung der interaktiven Beziehung von der Seite des Therapeuten aus nach BREUER/SEEGER (1977) ein stärkeres Maß an Status-Unterschieden und ein geringeres an Ich-Beteiligung erwarten.

Die von BREUER/SEEGER aus Interviews mit praktisch tätigen Psychologen gewonnenen Dimensionen, die allerdings keine eindeutige und definitive Klassifikation von Behandlungsformen darstellen sollen, lassen sich umreißen als:

- Dimension der "Status-Differenzierung" zwischen Psychologe und Klient (Aspekt der Symmetrie versus Asymmetrie der Beziehungen) und
- Dimension der "Ich-Beteiligung" des Psychologen (geringes versus hohes "Ego-Envolvement" des Therapeuten).

Diese beiden Unterscheidungsgesichtspunkte kennzeichnen nach BREUER/SEEGER (S. 11 f.) die Beziehungsgestaltung und Rollenzuweisung durch den Psychologen. So läßt sich beispielsweise ein hohes Maß an Status-Differenzierung (Beziehungs-Asymmetrie) erzielen durch das Akzentuieren der "fachlich-wissenschaftlichen Autorität" des Psychologen, was u.U. ein hohes Maß an suggestiv-persuasiver Einflußkraft des Therapeuten bewirken kann. (S. 12)

Diese "verhaltensorientierte" Konzeption, die den Verhaltensaspekt als wesentliche Komponente der Zielerreichung betont (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 78) sieht den Psychologen als Experten, der aus seinem Repertoire an Grundtechniken, aus seinem "technischen Änderungswissen" (SCHRÖDER, 1977, S. 155) die Beziehung zum Klienten strukturiert.

FIEDLER (1974, S. 3) sieht die interaktionale Beziehung zwischen Verhaltenstherapeut und Klient als grundsätzlich verschieden von der anderen Therapierichtungen. Das Kommunikationsverhalten zwischen Verhaltenstherapeut und Klient ist vom ersten Augenblick an durch die dieser Therapieform eigenen Ziele determiniert (vgl. I.B.1.3.): Die Forderung nach transparenter Zielbestimmung und dem zeit- und zielökonomischen Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden, verlangt vom Verhaltenstherapeuten eine systematische Strukturierung des Behandlungsprozesses vom ersten Zusammentreffen mit dem Klienten an.

Dabei ist die therapeutische Begegnung als ein in seiner Struktur und in seinem Ablauf weitgehend voraussagbarer und direkter Prozeß anzusehen, wobei aber die verhaltenstherapeutische Situation als Gespräch in der Praxis als recht uneinheitlich erscheint ("Jeder Verhaltenstherapeut hat offensichtlich sein persönliches Konzept, wie er seinen verschiedenen Klienten gegenübertritt", FIEDLER, 1974, S. 3). Es fehlt zwar nicht an Ratschlägen für effektive Gesprächsführung, wobei der Verhaltenstherapeut lange Zeit als "social Reinforcing Machine" angesehen wird, (FIEDLER, 1974, S. 4), d.h. der Therapeut als

jemand, der die Therapiesituation im Wissen um die Möglichkeiten einer Anwendung von Lernprinzipien in der sozialen Situation manipuliert und kontrolliert.

Hinter diesem Ausdruck verbirgt sich nach PETERMANN (1977, S. 126) die Ansicht, daß das entscheidende Merkmal des Therapeuten die richtige und systematische Anwendung sei, während seine individuellen Charakteristika keinen Einfluß auf die Gestaltung und Effektivität der Therapie hätten, und somit im Hintergrund, vor dem die wirksamen Techniken anzuwenden seien, zu bleiben haben.

Nach dem verhaltensorientierten Konzept ist die Kompetenz des Therapeuten unmittelbar abhängig von den Fertigkeiten, die er in einer bestimmten Problemsituation seines Klienten einzusetzen in der Lage ist.

Dazu gehört die gesteuerte Erhebung veränderungsrelevanter Informationen und das Schaffen von Generalisierungsmöglichkeiten auf Situationen außerhalb der Therapiekontrakte. Der Verhaltenstherapeut muß in der Lage sein, jeden Verhaltensschritt, seine vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen für den Ratsuchenden durchschaubar zu machen und die Frequenz, den Zeitpunkt und Ort des Lernverhaltens zu steuern. Das Gespräch selbst sollte dazu beitragen, Verhaltensänderungen zu beschleunigen, indem der Therapeut selektiv verbal verstärkt, z.B. durch demonstratives Desinteresse bestimmte sprachliche Äußerungsformen zu löschen. Bei dieser therapeutischen Taktik, die berichtbares und/oder beobachtbares Verhalten verstärkt, wird der Therapeut selbst als "Verstärkung" gesehen.

Da die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischen Vorgehens eher in einzelnen konkreten Interventionen gesehen wird, betont der Ausbildungsprozeß des angehenden Verhaltenstherapeuten: die Ausformung und Vervollkommnung spezifischer Tätigkeiten durch praktisches Handeln.

Dabei besteht nach SCHRÖDER (1977, S. 22) die Gefahr von "kochbuchartigen Therapieprogrammen" mit Zuordnungsregeln, die sauberes methodisches Vorgehen in den Vordergrund stellen und gerade bei unerfahrenen Verhaltenstherapeuten und im therapeutischen Umgang mit

Kindern, die Art der persönlichen Begegnung vernachlässigt wird.

SCHUMACHER (1974, S. 126) sieht in der dominierenden Stellung des Verhaltenstherapeuten in der Gruppentherapie mit verhaltensgestörten Schülern die Gefahr, daß die Kinder, die Beeinflussungen und Veränderungen gegenüber offener sind nur gehorsam die vom Therapeuten vorgeschlagenen Rollen durchspielen.

SCHMIDTCHEN (1978, S. 2470) stellt an den Psychologen in der Verhaltensmodifikation bei Kindern die Forderung, daß er die Modifikationstechniken als Einzel-elemente oder Bausteine zu "mehr oder weniger großen Paketen, zu schmal- oder Breitbandverfahren zu speziellen, kindzentrierten Behandlungsprogrammen zusammenfügt". Dabei werden ihm im Gegensatz zur klientenzentrierten Spieltherapie keine konkreten Hilfen (z.B. operationalisierte Kategorien zur Beschreibung eines differentiellen Therapeutenverhaltens) zum "Umgang" mit den Kindern an die Hand gegeben.

2. Anforderungen an den beziehungsorientierten Therapeuten:

Bei der Behandlung der theoretischen Abgrenzung des gesprächspsychotherapeutischen Ursprungskonzepts wurde bereits deutlich, daß der Beziehungsaspekt eine wesentliche Rolle im Veränderungsprozeß zugeschrieben wird. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient kann gleichsam als therapeutisches Mittel von Seiten des Beraters zur Erreichung der Beratungsziele eingesetzt werden, wenn sie bestimmte Qualitäten aufweist. Der beziehungsorientierte Therapeut muß seine eigenen Gefühle und Sichtweisen deutlich wahrnehmen und ausdrücken können und gleichzeitig sensitiv für Vorgänge beim Klienten, dessen Gefühle, Absichten, Interessen sein. Das therapeutische Gesprächsverhalten soll Ausdruck einer dahinterstehenden Beziehung und Einstellung zum Klienten als Partner sein.

Diese "persönlichkeitsbezogene Konzeption" (BREUER/SEEGER, 1977, S. 9); die Veränderung über Beziehungskomponenten erreichen will, stellt in der Ausbildung für angehende klientenzentrierte Therapeuten die Erfahrung mit eigenen Personenmerkmalen, emotionalen Charakteristika, die Sensibilisierung für emotionale Probleme und eine verstärkte Thematisierung des Beziehungsaspektes der Behandlung in den Mittelpunkt.

Nach den Verhaltensdimensionen von BREUER/SEEGER (1977, S. 11 f.) zeichnen sich "nichtdirektiv-klientenzentrierte" Interaktionen durch einen hohen Grad an Ich-Beteiligung aus: Der Psychologe versucht ein Gesprächspartner des Klienten zu sein, der diesem seine ganz persönliche Hilfestellung anbietet. Die Herstellung einer bestimmten Qualität der Beziehung von Klient und Therapeut sowie die Persönlichkeit des Psychologen fungieren hier als "Therapeutikum" (BREUER/SEEGER, 1977, S. 12).

Für die kindzentrierte Therapie ergeben sich aus dem Modell von SCHMIDTCHEN (1974, 1976), das auf den klassischen Spieltherapieprinzipien (AXLINE, 1947, TAUSCH, 1956) aufbaut, Handlungsanweisungen für das verbale und nonverbale therapeutische Verhalten.

SCHMIDTCHEN (1974) versucht in seiner empirisch-experimentellen Untersuchung auf drei Ebenen Änderungen zu erreichen. Diese Drei-Ziel-Ebenen sind eng miteinander verknüpft, so nennt SCHMIDTCHEN z.B. bei der Aufzählung der Ziele auf der emotionalen Ebene, in die viele Annahmen der Gesprächspsychotherapie eingehen, neben Abbau von Angst und Minderwertigkeitsgefühlen, größere Erlebnisfähigkeit, Differenzierung der Gefühlsbeschreibung auch Entwicklungen von Techniken der Selbstbehauptung. In dieses eher "verhaltenstherapeutische" Ziel gehen Anteile der aktionalen und rationalen Zielebenen mit ein.

Realisiert wurden in dieser Effektivitätsstudie zur klientenzentrierten Spieltherapie die fünf Therapeutenverhaltensmerkmale:

1. Wachheit und Mementzentriertheit
2. Ruhe und Zuversicht
3. Regulierung der Nähe (Akzeptierung und Freundlichkeit, räumliche Nähe)

4. nondirektives Verhalten (indirekte Reizkontrolle, Grenzsetzung)
5. Reflexion:
 - a) von Gefühlen
 - b) von Problemlösungsverhalten.

Besonders in den Merkmalen nondirektives Verhalten, Akzeptierung und Freundlichkeit und in der Reflexion von Gefühlen kommen klientenzentrierte Elemente zum Tragen.

Auf lerntheoretischen Überlegungen basieren die Verhaltensweisen des Therapeuten, die ein selektives Herausgreifen von Klientenverhaltensweisen beinhalten. Wesentliche Klientenverhaltensweisen werden vom Therapeuten zum Ziel der Behandlung gemacht und durch den Einsatz der o.g. Therapeutenmerkmale in Anlehnung an das Konzept des Operantenkonditionierens (Aufbau neuer Verhaltensketten, Abbau fehlerhafter Teilelemente) verändert.

Bei der Erprobung einer Integration von Elementen unterschiedlicher therapeutischer Richtungen im Bereich der Kindertherapie erweiterten KAATZ/SCHMIDTCHEN (1976) ihr Beschreibungssystem zum differentiellen Therapeutenverhalten auf insgesamt 22 Kategorien zur funktionalen und inhaltlichen Beschreibung des Therapeutenverhaltens.

Der klassische, am Basis-Verhalten orientierte kinderpsychotherapeutische Ansatz AXLINES wurde hierbei um wesentliche Therapeuten-Techniken erweitert, mit dem Ziel, ein allgemeingültiges, operationalisiertes Inventar von Therapie-Techniken und Beobachtungsrichtlinien für den Kindertherapeuten zu gewinnen.

Der Bereich der Kategorien zur Verhaltensstimulierung (z.B. Denkprozesse stimulieren, Auseinandersetzung mit Regeln (Grenzen) stimulieren, Anregen zum Differenzieren, Anregung von role-taking ...) kommt dem in dieser Arbeit entwickelten methodenkombinierten Therapiekonzept, in dem Teilelemente aus den Therapieformen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie herausgenommen und in einem etwa gleichen Ausmaß realisiert werden sollten (quasi im Schnittbereich zwischen GPT und VT), am nächsten.

In dieser explorativen Studie von KAATZ/SCHMIDTCHEN wird ein Beschreibungsmodell mit 19 qualitativen Kategorien des Therapeutenverhaltens erstellt, eingeschätzt, überprüft und zu fünf übergreifenden Merkmalen (Kategorien) zusammengefaßt:

- Merkmal 1: Reflektieren (Reflexion emotionaler Erlebnisinhalte, Problemlösungsverhalten, Verbalisierung einer Handlung des Klienten);
- Merkmal 2: Interpretieren (von emotionalen Erlebnisinhalten, von Handlungen);
- Merkmal 3: Auf Aufforderung Informationen geben;
- Merkmal 4: Unaufgefordertes oder lenkendes Eingreifen (Informationsfragen, Ratschläge oder Begrenzungen, Lenkungen);
- Merkmal 5: Verstärken (Bekräftigen, ignorieren).

Im Vergleich zu der Ergebnisstudie von SCHMIDTCHEN (1974) ist hinsichtlich des Merkmals "Reflektieren" neu, daß verstärkt Problemlösungsverhalten neben dem emotionalen Geschehen widergespiegelt wird (S. 307).

Das Merkmal "Interpretieren" wird im Gegensatz zum Therapeutenverhalten in SCHMIDTCHEN (1974) von einer Operationalisierung des Therapeutenmerkmals: "Reflexion von Gefühlen und Problemlösungsverhalten" zu einem neuen Merkmal eingeführt. In dieser Kategorie sollen vor allem die nichtverbalen Informationen der Kinder aufgegriffen und zum Thema der Therapie gemacht werden. Dies deutet darauf hin, daß auch durch die Merkmale "Informationsgeben", "lenkendes Eingreifen" und "Verstärken", daß in die klientenzentrierte Therapie mehr Lenkungselemente und Verhaltensstrukturierung eingegangen sind.

SCHMIDTCHEN fordert vom kindzentrierten Therapeuten neben der permissiven Grundhaltung der Basisvariablen differenzielle Modifikationstechniken, die speziell auf die individuellen Störungsproblematik des einzelnen Kindes ausgerichtet sind, z.B. Auseinandersetzung mit Regeln ... Durch eine sequentielle Therapiestrategie, bei der die Zielorientiertheit besonders betont wird, soll der Kindertherapeut Basisvariablen und differenzielle Verhaltensmodifikation integrieren (phasenspezifische Intervention).

Die Hauptaufgabe des Therapeuten in der Kindertherapie besteht nach GINOTT (1966, S. 139) darin, eine Atmosphäre zu schaffen, in der das Kind sich sicher fühlt,

die ganze Skala seiner Gefühle, Ängste, Haß, Schuldgefühle, Bemühen um Anerkennung, Selbständigkeit ... zu erforschen und auszudrücken. Der kindzentrierte Therapeut hat die Fähigkeit, eine dauerhafte, nicht wertende Gefühlsbeziehung zum Kind aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.

Diese grundlegend akzeptierende Haltung und Einstellung des Therapeuten, die dem Kind keine Möglichkeit gibt, die Meinung des Therapeuten durch Lob oder Tadel zu erfahren, und die kaum strukturierte Situation der Spieltherapie ermöglicht es dem Kind, sich neu zu orientieren und umzulernen, seine Bedürfnisse und Möglichkeiten kennenzulernen und in Ruhe neues Verhalten auszuprobieren.

Der Kindertherapeut muß in der Lage sein, aus den sprachlichen und vor allem den nicht-sprachlichen Mitteilungen des Kindes seine innere Erlebniswelt nachzuvollziehen und sie in besonders konkreter, anschaulicher und bildhafter Form mitzuteilen. Bei diesem intensiven, differenzierten Nachvollziehen der persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte des Kindes muß er aber stets distanziert genug bleiben, um sich nicht gefühlsmäßig selbst engagieren zu lassen ("einfühlende Distanz" BAUMGÄRTEL, 1975, S. 41), z.B. bei gegen ihn gerichteten Aggressionen des Kindes oder des Jugendlichen.

Eine weitere Forderung ist die Verhaltenskonsistenz des kindzentrierten Therapeuten, die Kontinuität seines nichtlenkenden Verhaltens darf auch z.B. in schwierigen Grenzsetzungssituationen nur in den vor Beginn der Therapie klar definierten Situationen aufgegeben werden. Nach SCHMIDTCHEN (1974, S. 55) verlangt die Einschränkung des direkten Verhaltensrepertoires (Anweisungen, Befehle, Hinweise geben) bei gleichzeitig indirekter Strukturierung des Reizfeldes (z.B. Anbieten von Alternativen) in Richtung auf die Klienten-

ziele sehr viel Beweglichkeit und Kreativität vom nicht-direktiven Therapeuten.

Bei dem Versuch einer Inhaltsanalyse verbalen Therapeutenverhaltens von SCHMIDTCHEN und KLÄNING (1974) zur Erstellung eines hypothetischen Beschreibungsmodells des verbalen Kindertherapeutenverhaltens erarbeiten die Autoren anhand von Tonbandprotokollen aus Kindertherapien ein Kategoriensystem, das zur besseren Vergleichbarkeit mit anderen therapeutischen Ansätzen und zur verbesserten Therapeutenkontrolle und Therapieausbildung dienen soll.

3. Anforderungen an den methodenkombinierenden Therapeuten

Eine wesentliche Aufgabe des methodenkombinierenden Therapeuten besteht darin, eine durchgängig positive Beziehungsgestaltung mit differentiellen, verhaltensmodifikatorischen Interventionstechniken zur Erreichung von bestimmten Zielen zu einem geschlossenen Therapiekonzept in Einklang zu bringen. Die Gestaltung der Kommunikation in Richtung auf ein partnerschaftliches, wechselseitiges Kommunikationsverhältnis, in dem sich der Klient als menschlich gleichwertiger Partner erlebt, zieht sich durch den ganzen Therapieverlauf hin. Sie beeinflusst jedes Verhalten des Therapeuten, also auch das zielgerichtete Intervenieren. Dies therapeutische Eingreifen soll immer so vorgenommen werden, daß der Klient Wahlmöglichkeiten hat und trotz der fachmännischen Überlegenheit des Therapeuten die Gewißheit hat, daß er letztlich entscheiden kann, was für ihn gut ist, der sein Handeln selbständig bestimmen kann, sich selbständig Ziele setzen kann und diese selbständig erreichen kann. Es wird angenommen, daß ein Klient, der sich in der Therapie wohlfühlt, der die Aufgabe des Therapeuten akzeptiert und ihn angstfrei und hilfreich erlebt, bereit ist,

sich vom Therapeuten so führen zu lassen, daß er sich selbst als Verursacher seiner Lernprozesse und seines Handelns erlebt, und bereit ist, neue Lernerfahrungen im Sinne der Therapieziele zu machen.

Der Therapeut muß den "Verstärkungswert" seiner eigenen Person bewußt wahrnehmen und sie in den Zielbereichen angemessener Weise in die therapeutische Interaktion durch Mit-Handeln und Mit-Erleben (Modellverhalten, Selbstexploration) einbringen, dabei aber die "einfühlende Distanz" (BAUMGÄRTEL, 1975, S. 112) bewahren.

Durch fördernde, nicht-dirigierende Aktivität (nach TAUSCH/TAUSCH, 1977, S. 247):

dem anderen informierende Hinweise geben, ihm Alternativen vorschlagen, Rückmeldung geben, ihm klärende Konfrontationen ermöglichen, mit ihm Vereinbarungen, Absprachen, Regelungen treffen, mit dem anderen gemeinsame Aktivitäten ausüben, mit ihm gemeinsame gefühlsmäßig bereichernde Erlebnisse haben, dem anderen erleichtern, selbst für seine Mitmenschen fördernd tätig zu sein ...

gibt der Therapeut aktive Orientierungshilfe und vermeidet so, daß eine unstrukturierte, nichtdirektive Situation angstaussendend wirkt und z.B. bereits erreichte Selbstkontrolle verloren geht.

Gerade emotional belastete Kinder/Jugendliche können Zurückhaltung und bewußte Distanz weniger gut ertragen, sie handeln eher spontan und riskieren mehrere wechselnde Irrwege, ehe sie ihr Ziel erreichen. Deshalb ist es in der spieltherapeutischen Situation notwendig, daß der Therapeut als Helfer und Ratgeber eine bestimmendere Rolle übernimmt und von vornherein die eigenständige Ziel- und Spielauswahl durch bestimmte Spielmaterialien und ein Therapieprogrammangebot eingeschränkt ist.

Diese Reizkontrolle und eine gleichzeitige Reizsteuerung, d.h. der Therapeut bringt von sich aus, unaufgefordert einen neuen Reiz, Aspekt oder Gedanken in die Interaktion ein, die das Kind zur Eigenaktivität stimulieren soll, z.B. er nimmt unaufgefordert direkt Stellung zu seiner Wahrnehmung vom Verhalten des Kindes.

Dieser Aspekt des methodenkombinierenden Therapeutenverhaltens dient zur Problemorientierung, zur "indirekten Strukturierung des Reizfeldes" (SCHMIDTCHEN, 1974, S. 55), zur Zielerreichung.

Darunter versteht SCHMIDTCHEN das Schaffen von Problemsituationen in einer unaufdringlichen Weise, ein antizipierendes Eingehen auf das Klientenverhalten, z.B. indem der Therapeut bei Unklarheit über die Erwartung des Klienten an das Therapeutenverhalten fragt, wie er sich verhalten soll.

Die Problemorientiertheit des Therapeuten drückt sich auch in dem "konzentrierten Interesse" (BAUMGÄRTEL, 1975, S. 76) gleichzeitig auf die verbale und nicht-verbale Gruppensituation (z.B. Gruppenklima, Verstärkungsmöglichkeiten ...) und auf die Beobachtung und Kontrolle der interindividuell unterschiedlichen Ist-, den Standort des einzelnen Gruppenmitgliedes in bezug auf die Zielsetzung (in der Gruppe oft nur kurze Explorationsphasen in bezug auf Ist-Zustand des einzelnen Kindes möglich). Da diese Aufgabe bei den schnellen Abläufen bei Kinderklienten schwierig sein kann, schlägt SCHMIDTCHEN (1978, S. 70) vor, den Klienten selbst um die Zielangabe zu bitten, z.B. ihn zu bitten, jeweils immer zu sagen, was er tut bzw. tun will. Die Erfassung von Zwischenzielen und Handlungsprozeduren geschieht dann durch beobachtendes Nachvollziehen und Informationsfragen an den Klienten.

Dies setzt einen hohen Aufforderungscharakter der Situation und die Mitarbeit des Klienten in eine Beziehung voraus, die nach BREUER/SEEGER (1977, S. 11) "ein geringes Maß an Statusunterschied (Beziehungs-Symmetrie) aufweist".

Um diesen Aufforderungscharakter zu gewährleisten, sollte der Therapeut in der Lage sein, Übungen variabel und zunehmend schwieriger auszurichten, um negative Übungseffekte im Sinne von Langeweile, Mechanisierung und Desinteresse zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für jüngere Kinder, die nicht aus eigenem Antrieb, d.h. aus Einsicht in ihre Verhaltensprobleme den Therapeuten als helfenden Fachmann suchen, deren therapie-mäßige Einstellung erst durch den Therapeut aktiviert

und die Mit-Verantwortlichkeit für die Setzung der Ziele und Gestaltung des Zielerreichungsverhaltens bewußt gemacht werden muß.

Hier wird vom methodenkombinierenden Therapeuten Flexibilität und manipulatives Geschick verlangt, da er erkennen muß, wann er keinen Einfluß auf das Klientenverhalten nehmen darf, um nicht durch sein Tempo die Eigeninitiative des Klienten zu behindern, und wann er durch geschickte Reizkontrolle dem Klienten neue handlungsauffordernde Reizsituationen zu schaffen hat.

Unverzichtbar für einen therapeutisch konstruktiven Einfluß im Sinne des methodenkombinierenden Modells ist dabei die Sicherheit, die der Therapeut ausstrahlen soll und die durch Training und Supervision unterstützt wird.

Besonders in den Situationen, in denen der Klient Angst, Unruhe oder Verwirrung zeigt, vermittelt der Therapeut durch eine entspannte Haltung (leicht vorwärtsgelohnt, Hände sind locker und entspannt, Vermeidung von heftigen Bewegungen) durch eine ruhige und gut modellierte Stimme, durch Pausen zwischen den Sätzen, modellhaft, wie man in unsicheren, angstbesetzten Situationen Vertrauen zu sich selbst behält, wenig Erregung zeigt und zuvorsichtlich hinsichtlich der Lösungsmöglichkeiten von Konflikten ist.

Von der Sicherheit des Therapeuten hängt es ab, ob der Klient überzeugt ist, daß er wirklich alle Gefühle zum Ausdruck bringen kann. Unsicherheit oder vielleicht sogar Ängstlichkeit des Therapeuten zeigt besonders Kindern, welche Reaktionen ihre Impulse im anderen hervorrufen, und muß ihnen so den Eindruck vermitteln, daß diese Gefühle nicht akzeptiert und unangemessen sind.

In kritischen Situationen der Grenzsetzung (Regeln, Verhaltensrestriktionen innerhalb der Therapiesituation), die nicht durch Therapievertrag und Bestrafungstechniken wie in dem orthodox verhaltenstherapeutischen Konzept geregelt ist, kann methodenkombinieren-

des Vorgehen demonstriert werden: Je nach individueller Störungsproblematik (z.B. wird der Therapeut bei einem ängstlichen, gehemmten Kind weniger Grenzen setzen als bei einem expansiven, aggressiven Kind) entscheidet der Therapeut, ob Veränderungen mit Hilfe von Beziehungskomponenten (Schwergewicht auf einfühlende Wahrnehmung, Verbalisierung der intentionalen Ebene, d.h. dem Wunsch nach unerwünschten Handlungen ...) oder/und dem verstärkten Einsatz von eher verhaltenszentrierten Interventionselementen (z.B. differenzierte verbale Verstärkung, Vermittlung in Kompatireaktionen, Aufzeigen der Konsequenzen im Rollenspiel ...) zum Tragen kommen.

Für BAUMGÄRTEL ist entscheidend für den Therapieerfolg, daß der Kindertherapeut durch konsistente Benutzung einzelner Techniken die Sicherheit hat "adäquat und umfassend auf alle möglichen Zwischenfälle in der Therapie und auf jede Form des angebotenen Konfliktstoffes vom Klienten zu reagieren" (BAUMGÄRTEL, 1976, S. 145).

Die therapeutischen Techniken sind in dem integrierten Kindertherapiekonzept von BAUMGÄRTEL:

- Delay (Äußerungen wie: mh mh, o.k.)
- Interpretation (ähnlich der psychoanalytischen Deutung)
- Nachfrage ("ein Sondieren" des Therapeuten, unter die die Interventionsstrategien von BASTINE (1975) des Vereinfachens, des Konfrontierens fallen)
- "paradigmatische Antwort" (vgl. WATZLAWIK u.a., 1974): (Begriff der "paradoxen Kommunikation")
- Reflexion (wie in der nicht direktiven Therapie werden verbalisierte und nonverbal ausgedrückte Gefühle vom Therapeuten reflektiert, die aber im Unterschied zur nicht direktiven Schule in gestufter Anwendung, zeitlich intensiver werdend, erfolgt).

Eine nicht ausdrücklich benannte Therapeutentechnik, die der von uns entwickelten Therapeutenvariable "Stimulation" ähnelt, beschreibt BAUMGÄRTEL als "Gestaltung der Therapiesituation, daß es den Klienten möglich ist, neue Aspekte einer Situation, eines Verhaltens oder einer Person deutlicher zu sehen", unter Hinzunahme der Interventionsstrategien von BASTINE (1975) wie Amplifizieren, Akzentuieren, Attribuieren etc.)

BAUMGÄRTEL plädiert dafür, dem Kinderpsychotherapeuten ein umfassendes System von Therapeutenverhaltensweisen an die Hand zu geben, das die Unterschiede in der theoretischen Auffassung verschiedener Schulen außer acht läßt. Für ihn zeigen sich in dem praktischen Verhalten von Therapeuten nur in Einzelpunkten Abweichungen (1976, S. 143). Er fordert für die Ausbildung von Therapeuten weniger Wert auf das Erlernen einer Vielzahl von Techniken (z.B. Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Kommunikationstherapie) als vielmehr auf die Sicherheit und Belastbarkeit des einzelnen Psychotherapeuten zu legen, der als eine Art Therapiespezialist für bestimmte Therapieformen zuständig sein soll.

II. EMPIRISCHER TEIL

A. Empirische Untersuchung: Überblick/Gesamt- zusammenfassung:

Zur Einstimmung in den empirischen Teil dieser Arbeit wird überblicksartig eine Zusammenfassung der gesamten Arbeit gegeben (statt einer Zusammenfassung am Ende).

Nach dem Aufzeigen der Notwendigkeit einer Kombination und Integration psychotherapeutischer Verfahren sowie der Grenzen und Anforderungen von orthodoxen Therapiekonzepten wird ein eigenständiges Therapiekonzept METHODENKOMBINATION entwickelt und von den Ursprungskonzepten Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie abgegrenzt.

Die vorliegende empirische Vergleichsuntersuchung überprüft die Frage der Realisierbarkeit und Effektivität dieses neuen methodenkombinierenden Therapiekonzepts im Vergleich zu eher orthodox (im Sinne der Grundkonzeptionen von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie) realisierten Therapiekonzepten.

Unterschieden wurden drei gegeneinander abgegrenzte Konzepte:

Therapiekonzept I: auf der Basis der gesprächspsychotherapeutischen Konzeption orientiert sich der Therapeut an den therapeutischen Grundvariablen des klientenzentrierten Vorgehens (Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Akzeptierung, Nicht Lenkung).

In Therapiekonzept II strukturiert der Therapeut auf der Basis des verhaltenstherapeutischen Vorgehens den Therapiekontakt durch Anwendung von - auf die Zielbereiche Kooperation/Selbstdarstellung ausgerichtete - lerntheoretisch fundierte Änderungstechniken sowie durch stärkere Lenkung. Im Gegensatz zu den beiden anderen Konzepten wird die Variable "Verbalisierung Emotionaler Erlebnisinhalte" nicht realisiert.

In Therapiekonzept III (Methodenkombination) kombiniert der Therapeut-zur Modifikation von Erlebens- und Verhaltensweisen - gesprächspsychotherapeutische Elemente mit aus dem lernpsychologischen Modell abgeleiteten Modifikationselementen und der Variablen "Stimulation".

Die empirische Unterscheidbarkeit und Wirksamkeit dieser drei theoretisch deutlich divergierenden Therapiekonzepte wird in einer zehn Gruppentherapiekontakte dauernden Behandlungsphase beispielhaft bei 83 lernbehinderten 9-14jährigen, nicht-debilen Sonderschülern und Sonderschülerinnen überprüft.

Diese Population wurde wegen der besonderen Förderungsbedürftigkeit dieser 'Randgruppe', deren psychosoziale Beeinträchtigungen vorwiegend im sozial-emotionalen Bereich liegen, gewählt. Sie wird wegen ihrer bisher geringen Beachtung im klinisch-psychologischen Bereich ausführlich charakterisiert.

Die klinische Untersuchungsstichprobe wurde drei - den drei Therapiekonzepten entsprechenden - Therapieblöcken zugeteilt. Insgesamt 16 Psychologen - ausgebildet in GPT oder VT - realisierten in Gruppen von jeweils vier Kindern eines der Therapiekonzepte ausgehend von standardisierten Spielmaterialien und Stundeninhalten, die entsprechend dem jeweiligen Konzept unterschiedlich verwendet wurden.

Zur Erfassung therapiebedingter Veränderungen wurde durch psychodiagnostische Untersuchungen (Prä-/Postvergleich) erhoben: Veränderungswerte in den Persönlichkeitsmerkmalen der Schüler: Neurotizismus, Soziale Reife, Soziale Erwünschtheit, Prüfungsangst, Manifeste Angst, Schulunlust. Neutrale Beobachter schätzten die Veränderungswerte in sozial-emotionalen Zielbereichen ^{u.a.}: Kooperationsfähigkeit und Selbstdarstellung der Kinder aufgrund von Tonbandaufzeichnungen der Therapiestunden, die während der Unterrichtszeit in Räumen der Sonderschule stattfanden.

Als Folge der therapeutischen Einflußnahme kann aufgrund der ermittelten Ergebnisse zusammenfassend festgehalten werden:

- (1) METHODENKOMBINATION läßt sich bei einer repräsentativen Stichprobe von Lernbehinderten deutlich empirisch unterscheidbar von den orthodoxen Ursprungskonzepten realisieren. Die Variablen des methodenkombinierten Therapiekonzepts sind in kurzer Zeit erlernbar und nach einem halben Jahr ohne erneutes Training von den Therapeuten reproduzierbar.
- (2) Die Überlegenheit des Konzepts METHODENKOMBINATION gegenüber den herkömmlichen Therapiekonzepten zeigt sich in einem breiteren Spektrum an konstruktiven Veränderungen auf der Erlebens- und Handlungsebene gegenüber eher "einseitigen" positiven Therapieeffekten der orthodoxen Ursprungskonzepte. Die durch METHODENKOMBINATION geförderten Lernbehinderten zeigen mehr soziale Reife und Selbstvertrauen, sind weniger ängstlich, eigenständiger in ihren Meinungen und Einstellungen und weisen ein deutlich höheres Maß an Kooperationsfähigkeit auf. Zwar werden einzelne dieser Aspekte auch durch die 'reinen' Konzepte bewirkt, das Änderungsspektrum des methodenkombinierten Konzepts bleibt jedoch unerreicht.
- (3) Aus der vorliegenden Untersuchung läßt sich die Notwendigkeit verdeutlichen, die Behandlungsbedingungen, denen Klienten unterzogen werden, genauer als bisher meist üblich zu beschreiben. Die ohne spezielles Training verwirklichten Variablen 'Stimulation'⁺ im gesprächstherapeutischen Konzept I sowie 'Akzeptierung' im verhaltenstherapeutischen Konzept II zeigen, daß Globalaussagen wie etwa die, daß verhaltenstherapeutische oder gesprächstherapeutische Kontakte realisiert wurden, keine ausreichende Charakterisierung der psychologisch-therapeutischen Interaktion sein können.

⁺ definiert als gezielte Versuche, im Sinne der Zielbereiche erwünschtes Verhalten anzuregen

Die Variablen 'Akzeptierung' und 'Stimulation' können offensichtlich nicht als differentielle Merkmale in der Unterscheidung von therapeutischen 'Schulen' angesehen werden.

Abschließend wird der Stellenwert dieser Arbeit im Hinblick auf weitere Untersuchungen zur Effektivität der Kombination therapeutischer Elemente sowie die Bedeutung der Ergebnisse für Theorie und Praxis der orthodoxen Ursprungskonzepte diskutiert. Der Notwendigkeit der Ablösung von der einseitigen Orientierung an orthodoxen Konzepten nur einer therapeutischen 'Schule', das Überdenken der damit verbundenen theoretischen Modelle und Grundkonzeptionen sowie der Verwirklichung explizierter und theoretisch fundierter "kombinierter" Interventionsstrategien (vgl. BOMMERT 1977) wird besondere Bedeutung beigemessen.

1. Indikationsfrage von Methodenkombination bei Lernbehinderten

Die Gruppe der Lernbehinderten (im folgenden LSS) ist in den letzten zwei Jahrzehnten stark angewachsen; sie beginnt, sich in zunehmendem Maße als eine sozial und ökonomisch unterprivilegierte Schicht zu strukturieren, die bisher in der klinisch-psychologischen Forschung weitgehend vernachlässigt wurde.

Zur Auswahl der Population, mit der ein methodenkombiniertes Therapiekonzept erprobt wird, sollte neben dem Kriterium der Hilfsbedürftigkeit der Klienten (vgl. II.A.2.) mitberücksichtigt werden, daß "für die heute überwiegend durchgeführten Modifikationsformen noch unzureichend abgeklärt ist, in welchem Ausmaß und in welcher Form diese bei sogenannten Randgruppen wirken" (BOMMERT, 1975, S. 2). Dabei sind eher generalisierbare Rückschlüsse von der effektiven Behandlung von Sonderschulern mit einer bestimmten Art der Erlebens- und Verhaltensmodifikation auf Nicht-Sonderschüler gezogen möglich als umgekehrt.

Wie schon in der Einleitung dieser Arbeit betont, ist die Voraussetzung für indikationsrelevante Aussagen zur differentiellen Wirksamkeit des methodenkombinierenden Konzepts:

Die Reduzierung der Fragestellung auf eine bestimmte, möglichst genau gekennzeichnete Stichprobe (diese ausführliche Charakterisierung der ausgewählten Stichprobe erfolgt in II.A.2.) und

eine genaue Spezifizierung der Therapeutentechniken, am besten durch eine operationalisierte Unterscheidung von anderen therapeutischen Techniken (GRAWÉ, 1978, S. 1858).

Aussagen zur Bedeutung, zum Stellenwert und zur Indikation von methodenkombinierenden Konzepten unterliegen der Einschränkung, daß die gesamte empirische klinische Psychologie "von der Lösung der grundsätzlichen Indikationsproblematik noch weit entfernt ist" (BOMMERT u.a. 1978, S. 8).

Da wegen der im theoretischen Teil aufgezeigten Grenzen die sogenannte methodenreinen Therapiekonzepte GPT/VT allein kaum dazu geeignet sind, den förderungsbedürftigen Zielbereichen der LSS gerecht zu werden, liegt es nahe, die in den orthodoxen Therapieformen enthaltenen Elemente, die für verschiedene Aspekte dieser Zielbereiche von Bedeutung sind, so zu kombinieren, daß sie für diese Randgruppe eine bedeutsame Hilfe darstellen.

Da die Eltern von lernbehinderten Schülern, meist Angehörige der mittleren und unteren Unterschicht, die z.Zt. praktizierten Beratungskonzepte und Therapieangebote als "ihnen nicht gemäß und fremd erleben" (KOSCHORKE, 1973, S. 142) und die therapeutischen Möglichkeiten der Sonderschule außerordentlich begrenzt sind (vgl. II. A. 2.3.), ist es notwendig, therapeutische Maßnahmen "von außen" an die Sonderschüler heranzutragen.

Die Schule als Ort der therapeutischen Intervention - möglichst außerhalb der Unterrichtszeit - eignet sich aus ökonomischen und organisatorischen Gründen als Rahmen für gruppentherapeutische Therapiekontakte. In der Schule, in den einzelnen Klassenverbänden besteht die Möglichkeit, innerhalb der peer group eine möglichst realistische Situation herzustellen.

Aufgrund der psychosozialen Störungen der Sonderschüler (II. 2.2.) sind gruppentherapeutische Maßnahmen indiziert.

Bei einer Gruppengröße von vier Schülern und Schülerinnen ist die Kommunikationsdichte und die Bedingung für Aufnahme von Kontakten günstig. Das Gespräch mit anderen in der Gruppe bietet den Kindern die Möglichkeit, persönliche konfliktreiche Erfahrungen auszutauschen und hierdurch die Probleme der anderen kennenzulernen. Die gemeinsame Aktivität in der Gruppe bietet konfliktreiches Material, das durch gezielte Einflußnahme auf den Gruppenprozeß therapeutisch in Richtung auf die Zielbereiche "Kooperationsverhalten, Konfliktlöseverhalten" therapeutisch nutzbar gemacht werden kann.

Zur Frage der Indikation von Einzel- versus Gruppentherapie für lernbehinderte Kinder gibt es bisher wenig Anhaltspunkte.

Ein verhaltenstherapeutisches Sozialtraining mit behinderten Kindern aus der zweiten und dritten Klasse einer Sonderschule für LSS in einer Vierergruppe zeigte einen starken Anstieg kooperativen Verhaltens (SLADKY, 1976). Danach ist die Gruppensituation besonders geeignet, optimale Bedingungen für das Wirksamwerden verhaltenstherapeutischer Wirkfaktoren herzustellen, sie vervielfältigt die Möglichkeiten der Modellvorgabe und bietet mehr Verstärkungsmöglichkeiten als die einzeltherapeutische Situation.

Die für die Indikationsfrage im Bereich der klientenzentrierten Verhaltensmodifikation und für die dieser Untersuchung vergleichbare Population der Sonderschüler ermutigenden Ergebnisse (BOMMERT u.a., 1975) geben Hinweise für effizienteres, differentielles therapeutisches Vorgehen.

Die in dieser Untersuchung (BOMMERT u.a., 1975) realisierten orthodoxen gesprächspsychotherapeutischen Verhaltensweisen, besonders die Variable "Nichtlenkung" überfordert diejenigen Sonderschüler, deren intellektuelle Ausstattung für den Besuch der Grundschule ausreichen müßte, die aber durch ungünstiges familiäres Milieu bzw. psychische Störungen Lernschwierigkeiten haben, die aufgrund ihres sozial bedingten Charakters modifizierbar sind.

Die geringe Selbststeuerung, Sprunghaftigkeit und zunächst geringe Verbalisierungsfähigkeit bei hoher Motivation, von Problemen zu erzählen, ist zu erwarten, daß die therapeutischen Effekte durch ein einheitliches methodenkombinierendes Therapiekonzept, eine "Aufmerksamkeitslenkung" auf Erleben und Verhalten der Schüler gesteigert werden. Durch Einbeziehung der verhaltenstherapeutischen Handlungsbezogenheit, der Verlagerung auf mehr nicht-verbale, handlungsgebundene Verläufe werden reale Erfahrungsdefizite der Lernbehinderten (z.B. "Wie nehme ich Kontakt mit einem Gegenüber auf", "Wie halte ich den Kontakt aufrecht?") zu der klientenzentrierten Betonung der Erlebnisweisen (z.B. "Wie erlebe ich mein Gegenüber", "wie werde ich mit Spannungen und Konflikten im Umgang mit ihm fertig", "wie fühle ich mich in einer Gruppe, einem fremden Therapeuten gegenüber?") ergänzt.

"Für diese Kinder erweist sich die These von der Selbstverwirklichung "von innen heraus" als idealistische Verzerrung eines objektiven Mangels. Sie können ihre Lage am allerwenigsten aus sich heraus bewältigen, sie bedürfen der intensiven Anregung, der gelenkten Auseinandersetzung mit den Dingen, die ihr Leben bestimmen. Diesen Kindern ist nicht mit einem Maximum an Handlungsfreiheit in einer therapeutischen Oase geholfen, sondern mit äußeren Herausforderungen, die die Kinder zu aktivem Neu-Lernen und einer Erweiterung ihres Verhaltensrepertoires anregen" (ROSEMAN, 1975, S. 251).

Um die Selbststeuerung und Selbststrukturierung der Schüler in der sonst relativ unstrukturierten orthodoxen gesprächspsychotherapeutischen Situation und somit die Voraussetzungen für aktives Mitarbeiten im im therapeutischen Prozeß zu schaffen, aktiviert der Therapeut durch zusätzliche Hilfestellung und Stimulation problemorientiert die sozial-emotionale Problemlösefähigkeit (vgl. SCHMIDTCHEN, 1973) der Schüler. Ihre soziale Kompetenz ist durch die Erfahrungsdefizite, aus denen sie heraus bestimmte Verhaltensweisen zur Veränderung von Problemsituationen nicht selbst realisieren können, da ihnen das Wissen dazu fehlt bzw. nicht vermittelt wurde, und durch die Mißerfolgsmotivation, die bei einem großen Teil der LSS durch ihr gehäuftes Versagen vorhanden ist, beeinträchtigt.

Nach WINTER (1965), BUSEMANN (1959, S. 473) bestehen bei lernbehinderten Schülern im Unterschied zu Grundschulern geringe Beweglichkeit und Umstellungsfähigkeit im sozialen Kontakt und in der Kooperation mit anderen Menschen soziale "Ausfallerscheinungen".

2. Zielgruppe dieser Untersuchung: Lernbehinderte, nicht-debile Sonderschüler

Dieses Kapitel befaßt sich mit der Beschreibung der Zielgruppe dieser Untersuchung, dem Begriff der Lernbehinderung und analysiert die psycho-soziale Situation dieser "Randgruppe".

Ausgehend von einem Versuch der Definition des Begriffes der Lernbehinderung über eine Auswahl der Erklärungsmöglichkeiten zu Ursachen von Leistungsversagen soll kurz auf die Situation der Sonderschule für Lernbehinderte, dem Ort der therapeutischen Intervention, eingegangen werden. Nach diesen allgemeineren Überlegungen zur Sonderschule für Lernbehinderte (im weiteren Text abgekürzt SfL), soll die psychosoziale Problemsituation der Zielgruppe der lernbehinderten Sonderschüler bekenntzeichnet werden.

Im Anschluß daran werden die bisher bestehenden Förderungsmöglichkeiten für diese Zielpopulation im Bezug auf den sozial-emotionalen Bereich aufgeführt.

2.1. Das Sonderschulwesen für Lernbehinderte

Die überwiegende Zahl der behinderten Kinder, je nach einzeltem Bundesland unterschiedlich zwischen 80 % und 90 %, befindet sich in Sonderschulen für Lernbehinderte, die von AAB u.a. (1974, S. 39) als "Sammelbecken für alle Schulversager" bezeichnet werden.

Bei einer bundesdurchschnittlichen Anteiligkeit von 3,01 % von Sonderschülern an der Gesamtschülerzahl, finden LANGTHALER u.a. (1975, S. 228) eine so gravierende Streuung dieses Prozentsatzes zwischen den einzelnen Bundesländern, daß diese (selbst bei Berücksichtigung des Einflusses ungünstigen Großstadtmilieus) offenbar nicht mehr nur auf ländermäßig verschieden häufiges Auftreten von Sonderschulbedürftigkeit zurückgeführt werden kann (Berlin 4,31 %, Schleswig-Holstein 3,60 %, Niedersachsen 2,63 %, Rheinland Pfalz 1,57 %).

Daraus folgert LANGTHALER, daß die Aufnahme an eine Sonderschule von indikations-externen Faktoren massiv beeinflußt wird und ein verbindlich ausreichend scharfer Begriff der "Sonderschulbedürftigkeit" nicht verfügbar ist oder nicht gehandhabt wird. Sie zeigen auf, daß auf dem Wege bis zur Aufnahme an einer Sonderschule vor allem zwei Entscheidungsstellen maßgeblich sind: Zunächst ist der Ermessensspielraum des Klassenlehrers, der die Meldung eines seiner Schüler zur Sonderschule vornimmt, mangels präziser Kriterien und oft mangels ausreichend kompetenter Datenerhebung weit gefaßt.

Da es weder in der Literatur zum Begriff der Lernbehinderung (s.o.) noch in den Richtlinien für das Son-

derschulaufnahmeverfahren operationalisierte Definitionen als Hilfestellung für den Lehrer an der Grundschule gibt, unterliegt seine Entscheidung fast ausschließlich subjektiven Maßstäben.

Formulierungsbeispiele aus dem Erlaß des Niedersächsischen Kultusministers für den Umschulungsvorschlag: Er sei zu machen für Kinder, die "erkennen lassen, daß der Besuch einer Sonderschule Erfolg versprechen würde ..., daß ein erfolgreicher Besuch der Volksschule abgeschlossen erscheint", oder auch für Schüler, die "in der Grundschule nicht entsprechend gefördert werden könnten". (LANGTHALER u.a., 1975, S. 229). Auch die Rahmenrichtlinien für SFL in NRW umschreiben recht vage als Auslesekriterium für die Überweisung ein "zu erwartendes oder bereits vorhandenes erhebliches schulisches Lernversagen". (Rahmenrichtlinien, NRW, 1973).

Ferner gibt es kein genormtes Aufnahmeverfahren, nach denen die Sonderschulen aus den von der Grundschule Angemeldeten auswählen. In der Regel gilt als Kriterium für die Einzelentscheidung über Aufnahme/Ablehnung der von der Grundschule Angemeldete ein zweijähriger Leistungsrückstand (Wiederholungsjahre) in der Grundschule und/oder ein deutlicher Intelligenzrückstand (IQ mindestens 1 1/2 bis 2 Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes (vgl. TOPSCH, 1975, S. 72)) und/oder generalisierte Lernstörungen.

Für das Kriterium "objektive Leistungsmöglichkeiten" beurteilt der Sonderschullehrer während der Aufnahme/Ablehnungsprozedur gemäß seiner Erfahrung (!) den Ausprägungsstand von Merkmalen wie: mangelhafte Arbeitshaltung, eingeschränkte Denkfähigkeit, Arbeitstempo, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit, geistige Beweglichkeit, Durchsetzungskraft, visuell-motorische Koordination, allgemeines Vorstellungsvermögen, Entwicklungs- und Leistungsrückstände, Ängstlichkeit des Verhaltens usw.

Wenn diese Feststellung der Indikation "Sonderschulbedürftigkeit" den "erfahrenen", ausgebildeten Sonderschullehrer, der oft in wenigen Stunden die Indikation stellen soll, eine Überforderung darstellt, die sich im Gültigkeitsgrad seiner Urteile niederschlagen muß, so ist die Tatsache, daß dies auch nicht ausgebildeten Grundschullehrern, die an der Sonderschule tätig sind, zugemutet wird, m.E. untragbar.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß nicht nur Einflußgrößen wie IQ, Wiederholungsjahre auf die Aufnahme/Ablehnungsentscheidung für die SfL Einfluß haben, sondern auch indikations-externe Faktoren: wie z.B. unklarer Rahmenrichtlinientext, Ermessensspielraum der Grundschullehrer, Fehlen genormter Aufnahmeverfahren der lernbehinderten Sonderschüler.

Durch die Aussonderung in die Schule für Lernbehinderte entstehen Probleme der sozialen Diskriminierung und Isolierung, der Etikettierung als Außenseiter und die Übernahme unerwünschter Verhaltensweisen durch die konzentrierte Erfahrung des abweichenden Verhaltens der Mitschüler.

2.1.1. Der Begriff der Lernbehinderung

Die Bezeichnung "lernbehindert" dient gegenwärtig als Sammelbegriff für Formen des schulischen Leistungsveragens, das je nach Ausgangsposition des jeweiligen Autors von statisch/kapazitären (schwach begabte, Intelligenzmangel, Motivationslabilität) über prozessual/dynamische (Spätentwickler = "slow learners") bis hin zu retrospektiv/biographischen Bezeichnungen (Depressionsgeschädigte, soziokulturell Benachteiligte ...) reichen (vgl. KOBÍ, E., 1975, S. 11). Diese, je nach Ausgangsposition des jeweiligen Autors, das Leistungsveragen psychogenen und/oder soziokulturellen Ursachen zuzuschreiben, verschiedenen Bezeichnungen spiegeln die unterschiedlichen Auffassungen zum Lernversagen.

Trotz häufiger Definitionsversuche kann einer Feststellung BLEIDICKS (1961, S. 452) zugestimmt werden, wonach "eine strenge Definition von Lernbehinderung im psychologischen Sinne gar nicht durchzuhalten ist".

Nach Meinung verschiedener Autoren (vgl. BEGEMANN, 1972; BLEIDICK, 1968; KOBÍ, 1975; KORNMAN, 1976) kann Lernbehinderung allenfalls mehr oder weniger vage umschrieben werden.

Um die Problematik des Begriffes zu verdeutlichen, möchte ich eine Reihe von heterogenen Definitionsversuchen vorstellen.

KORNMAN (1976, S. 58) liefert im Jahre 1976 (!) eine Definition, die m.E. nach eher in die Zeit der ehemaligen Hilfsschule und der damit verbundenen Vorurteile paßt:

"Lernbehinderung kann neben einem Intelligenzmangel und einer abartigen Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit ganz verschiedene Ursachen haben. In der normalen Breite ihrer gleichaltrigen Partner versagen schulisch vielfach leicht Hör- und Sehgeschädigte, Spätentwickler, Legastheniker, in ihrem äußeren Habitus Abartige, Sprachgebrechler und häufig auch soziale Außenseiter, die aus ärmlichen Verhältnissen kommen mit unansehnlicher Kleidung und mangelnder Körperpflege, weiterhin Bettnässer, solche, die gestörten oder unvollständigen Familien entstammen, kurz gesagt: alle, die anders sind als ihre gleichaltrigen Partner, die irgendwie aus der normalen Breite herausfallen."

BLEIDICK (1961, S. 209) versteht unter Lernbehinderung eine Intelligenzschädigung und Schwachbegabung. Die unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit betonen auch SCHOMBURG (1963) und KLAUER (1975).

So spricht KLAUER in diesem Zusammenhang von einer herabgesetzten schulischen Lernleistung, die durch eine Intelligenzschwäche mit bedingt ist und die "schwerwiegend, umfänglich und lang dauernd" ist (S. 6). SCHOMBURG (1963) verweist auf ein unterdurchschnittliches Intelligenzniveau sowie auf partielle Defekte, die mit frühkindlichen Hirnschäden in einer Bedingungskonstellation stehen können.

Aus der Sichtweise der letztgenannten Autoren resultiert eines der Auslesekriterien für lernbehinderte Sonderschüler, das einen IQ unter 90 als sonderschulbedürftig und einen IQ von weniger als 80 sogar als ein "sicheres Diagnostikum für Hilfsschulbedürftigkeit" (KOBI, 1975, S. 39) bezeichnen.

Eine andere große Gruppe von Autoren betont in ihren Beschreibungen und Definitionen von Lernbehinderung

den eher soziopathologischen Aspekt der Problematik wie MÜCKE (1966), BLEIDICK (1968), KALTENBORN (1950).

So kategorisiert MÜCKE Sonderschüler als "Verhaltens-, Anpassungs- und Einordnungsgestörte". BLEIDICK (1968) stellte bei 67 % von 300 Hilfsschülern erzieherische Auffälligkeiten fest; KALTENBORN (1950) nennt das Zahlenverhältnis von 45 % "echter schwach begabter Hilfsschüler" und 55 % derer, die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufweisen. BUSEN (1974, S. 6) zitiert eine Untersuchung, nach der Schulversagen mit Persönlichkeitsvariablen wie Selbsteinschätzung, optimistische Unbekümmertheit, Unsicherheit im sozialen Verhalten korreliert.

Häufig wird Lernbehinderung durch eine Reihe von Einzelmerkmalen umschrieben, die für sie konstitutiv sein sollen. So ergeben sich Hinweise auf eine mögliche Lernbehinderung aus einem Katalog des Kultusministeriums Baden-Württemberg (1971) in LANGFELDT (1976, S. 59) aus:

1. erhebliche Schulleistungsschwächen
2. Schwierigkeiten im sprachlichen Bereich
3. Schwierigkeiten im Denken
4. geringer Spontaneität und Initiative
5. emotionaler Labilität
6. feinmotorischen Schwierigkeiten.

Der Verband Deutscher Sonderschulen kennzeichnet mit "Lernbeeinträchtigung", die in der leichteren Form als "Lernstörung" gekennzeichnet wird:

- ein Kind entspricht nicht den Leistungsformen der Grundschule,
- plötzliche Leistungsminderungen treten auf,
- es bestehen Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten,
- es bestehen Auffälligkeiten in der Sozialsituation mit den schulischen Gruppen (vgl. AAB u.a., 1974, S. 29 f).

Merkmalbeschreibungen dieser Art beruhen nach LANGFELDT (1976, S. 59) auf empirischen Untersuchungen mit Stichproben von Volks- und Sonderschülern, die hinsichtlich bestimmter, häufig willkürlich gewählter Merkmale verglichen werden. LANGFELDT verdeutlicht die Fragwürdigkeit dieser Vorgehensweise, eine bloße Beschreibung als Erklärung der Unterschiede hinzunehmen, und weist darauf hin, daß auf diese Weise Ursache oder Folge der Sonderbeschulung im beobachtbaren Unter-

schied zwischen Volks- und Sonderschüler nicht mehr feststellbar ist.

Die Rahmenrichtlinien für SfL in NRW kennzeichnen den Lernbehinderten:

"Durchgängige Erscheinung ist meist ein Rückstand der kognitiven Funktionen, der sprachlichen Entwicklung, der sozialen Anpassungsweisen, eine wenig differenzierte Emotionalität. Durch den Druck schulischer Versagenssituationen kann es darüberhinaus zu sekundären Verhaltensauffälligkeiten kommen."

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Fehlschlagen von Abgrenzungs- und Begrenzungsversuchen ein wichtiger Hinweis auf die Dynamik und den wechselhaften Charakter des Zustandes einer Lernbehinderung sein kann.

Als die umfassendste und annehmbarste Definition von Lernbehinderung erscheint mir die von KOBİ (1975):

"Als lernbehindert bezeichnen wir ein Kind, das trotz intakter (oder für schulische Belange ausreichender) Sinnesrezeption, Motorik, Sprechapparat ... den regionalen normal- (Regel-) Schulverhältnissen durchgehend oder in wesentlichen Anforderungsbereichen nicht gewachsen erscheint (bzw. innerhalb dieser Verhältnisse nicht hinreichend gefördert werden kann), für das jedoch begründete Hoffnungen bestehen, daß es im Rahmen eines speziellen, auf seine Möglichkeiten zubereiteten Unterrichts und/oder allfälliger Therapiemaßnahmen die Kulturtechniken in einem sozial notwendigen und relevanten Maße erlernt und daß es dazu instandgesetzt werden kann, dereinst eine Existenz sichernden, selbständigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen und seine gesellschaftlichen Pflichten und Rechte wahrzunehmen." (KOBİ, S. 15)

2.2. Leistungsveragen der Lernbehinderten

Vor der Beschreibung der psychischen und sozialen Situation aufgrund empirischer Daten soll im folgenden näher auf die Positionen von Autoren eingegangen werden, die Leistungsveragen, Lernbehinderung in die Erklärungsmodelle: psychogener versus sozio-kultureller Ursprung einordnen.

2.2.1. Milieufaktoren

In den Rahmenrichtlinien NRW (1973) taucht der Begriff "Sonderschüler mit Lerndefizit aufgrund sozio-kultureller Vernachlässigung" auf. Dieser Begriff ist zurückzuführen auf Erklärungsansätze der Bedingungsfaktoren von Lernbehinderung, die die sozio-ökonomischen Verhältnisse für das Schulversagen verantwortlich machen (BEGEMANN, 1971; BLEIDICK, 1968; GRAF, 1974).

So ist in dem theoretischen Konzept zu Entstehungsbedingungen von Lernbehinderung von BLEIDICK (1968) der Begriff der "Milieuschädigung" - darunter versteht er "eine gravierende Beeinträchtigung der Umwelt des Lebewesens" (S. 226) - ein zentraler Begriff. Hierbei wird die Chancenungleichheit der milieugeschädigten Kinder vor allem der familiären Umwelt angelastet: Sozialisationsdefizite, mangelndes Anregungsmilieu, niedriges sozio-kulturelles Niveau ... bestimmen als Milieufaktoren die psychische und intellektuelle Entwicklung des lernbehinderten Kindes.

Neben weiteren Milieufaktoren wie Erziehungsstil, Kommunikationsformen, soziale Schichtenzugehörigkeit ... in der Familie, sieht BEGEMANN (1971) die spezifisch sozio-kulturellen Faktoren der gesamten Umwelt der Lernbehinderten. Somit geht BEGEMANN einen Schritt weiter als BLEIDICK, der keine Beziehung zu den gesellschaftlichen Ursachen der Lernbehinderung darstellte.

Nach BEGEMANN (1971) und LENNERTZ (1974) stammen der überwiegende Teil der Sonderschüler aus Unterschichtsfamilien, die das Kennzeichen: "soziale Benachteiligung" aufweisen. BEGEMANN nennt hierbei die Zahl von 80 % der Schüler der Lernbehindertenschule sei aufgrund sozio-kultureller Bedingungen sonderschulbedürftig.

2.2.2. Psychogene Bedingungsfaktoren von Lernbehinderung

Leistungsversagen von lernbehinderten Kindern wird durch diesen Erklärungsansatz auf individuelle Behinderung zurückgeführt, die von "Intelligenzschwäche" (BLEIDICK, 1961, S. 209; KLAUER, 1975, S. 6) über Verhaltensauffälligkeiten bis zu Beeinträchtigungen in den Persönlichkeitsbereichen Wahrnehmung, Motorik, Kognition und emotionalem Verhalten reichen.

So versteht MÜLLER, P. (1972, S. 82) unter psychogenem Ursprung von Lernbehinderung: "Ein Leistungsversagen, das im wesentlichen auf emotionalen Störungen und Angstzuständen beruht."

Nach PROBST (1974, S. 163) wirkt bei Lernbehinderten "die Frustration durch Leistungsversagen in der Grundschule persönlichkeitsändernd und ruft regressive, resignative oder aggressive Eigenschaften hervor".

Auf das Fehlen einer überdauernden Motivation macht BACH (1971, S. 28) aufmerksam, wenn er von der "permanenten Anregungsbedürftigkeit und Motivationslabilität lernbehinderter Kinder" spricht.

In seinem Buch "Grundlagen der Kinderpsychiatrie" spricht BARKER (1973, S. 148) von "primären Lernbehinderungen", bei denen es irgendeine angeborene Lernschwierigkeit allgemeiner Art oder in begrenzten Bereichen gibt. Er nennt als die häufigste Ursache von Lernschwierigkeiten die begrenzte intellektuelle Fähigkeit, als zweiten Aspekt nennt er die Verursachung von Lernschwierigkeiten durch emotionale Probleme.

Die psychogenen Bedingungsfaktoren von Lernbehinderung können nach BLEIDICK (1961, S. 345) durch die Erhellung von "Verhaltensstörungen, Konfliktgeschehen und Selbstwertproblematik bei Behinderten" und "den Vorgängen der bewußten Selbstkontrolle, der gesteuerten Selbsterziehung und den Bedingungen der personalen Reifung" verdeutlicht werden.

Die beeinträchtigte Leistung kann bei einem großen Teil der Sonderschüler nicht auf einen Intelligenzmangel zurückgeführt werden, da nachgewiesen ist, daß eine große Variationsbreite der gemessenen Intelligenz bei lernbehinderten Sonderschülern vorhanden ist (MÜLLER, P., 1972; BEGEMANN, 1971; BLEIDICK, 1969; TOPSCH, 1975; KLEIN, G., 1973).

So finden sich in der SfL nicht, wie nach den Kriterien zur Sonderschulüberweisung zu erwarten wären, Kinder mit einem Intelligenzquotienten zwischen 60 und 85 IQ-Punkten, sondern zwischen 35 und 100 (BLEIDICK, 1969 und AAB u.a., 1974, S. 27) zwischen 50 bis über 100 (MÜLLER, P., 1972, S. 86); einem IQ zwischen 91 und 117 (TOPSCH, 1975). KLEIN (1973) findet in seiner Untersuchungsstichprobe erhebliche Anteile der lernbehinderten Sonderschüler mit durchschnittlicher und überdurchschnittlicher Intelligenz. In zwei der 14 Erhebungsarten seiner Studie liegt der Anteil der Kinder mit einem IQ von 85 und darüber bei 40 %.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß nicht Intelligenzmangel durchgehend die Ursache für das Lernversagen von Lernbehinderten ist, wie es nach dem nach wie vor entscheidenden Kriterium der Sonderschulüberweisung: Intelligenztestergebnis zu erwarten wäre. In der Population der Lernbehinderten kann daher eine Sondergruppe von Lernbehinderten definiert werden, deren intellektuelle Ausstattung für den erfolgreichen Besuch einer Normalschule ausreichen müßte, deren wahre Leistungsfähigkeit aber aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen überdeckt wird.

2.2. Psycho-soziale Daten der Lernbehinderten

2.2.1. Psychische Situation der LSS

Im folgenden sollen empirische Hinweise auf das Problem der psychischen Beeinträchtigung lernbehinderter Kinder und Jugendlicher aufgeführt werden, die die Erlebens- und Verhaltensebene betreffen. Diese Übersicht über spezifische Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale der "Hilfsschüler" dient als Basis für die Auswahl der Zielbereiche dieser Effektivitätsuntersuchung.

Untersuchungen zu Vorurteilen gegenüber Lernbehinderten und dem Selbstbild des lernbehinderten Schülers (v. BRACKEN, 1976; KAUFMANN, 1970) charakterisieren die Außenseiterposition lernbehinderter Sonderschüler.

So sehen nach KAUFMANN (1970, S. 179) bei einer Befragung Grund-, Haupt-, Gymnasialschüler als kennzeichnende Eigenschaften und Verhaltensweisen von Hilfsschülern:

"Hilfsschüler sind "anders": doof, dumm, geistesschwach, sie lernen schlecht, sind faul, frech, haben irgend einen Fehler, sind schwierig im Umgang mit anderen, Rabauken, Schlägertypen, zuweilen auch dreckig, verwahrlost, nicht in Ordnung, verdorben, böse, asozial".

Nach v. BRACKEN (1976, S. 202) sehen sich Hilfsschüler selbst vor allem als "frech, laut; das soziale Verhalten betreffend: schlagend, schreiend". An positiven Eigenschaften, die am besten zu den Kindern ihrer Schule passen, nannten 220 Kinder von Frankfurter Sonderschulabschlußklassen: pünktlich, kameradschaftlich, sauber.

Als vermutetes Heterostereotyp nennt v. BRACKEN (1976, S. 203) Hilfsschüler vermuten, daß andere sie für "doof, faul" halten, daß man von ihnen annimmt, sie würden Krach machen, schlagen, Streit suchen. Damit gehen die Hilfsschüler mit dem, was sie als Meinung der anderen Leute vermuten, noch über die Vorurteile von repräsentativen Bevölkerungsstichproben hinaus, wenn sie ihre Eigenschaften auch als zu schlecht beurteilt fühlen.

Eine Untersuchung zur sozialen Einstellung kommt in ihrem Vergleich von Persönlichkeitsmerkmalen bei gleichintelligenten Haupt- und Sonderschülern des 5. Schuljahres zu dem Schluß, daß lernbehinderte Sonderschüler tendenziell weniger sozial integriert und weniger sozial reif sind als Hauptschüler (SCHERER u. SCHLIEP, 1974).

Auch im Bezug auf Ängstlichkeit lassen die Ergebnisse von SCHERER u. SCHLIEP (1974) darauf schließen, daß sich Hilfsschüler im Durchschnitt ängstlicher ein-

schätzen als Hauptschüler. Ein höheres Angstniveau als Volksschüler stellt PROBST (1974, S. 28) bei lernbehinderten Schülern, bedingt durch ungünstige Milieufaktoren, fest.

Für GÄRTNER-HARNACH (1972, S. 124) spricht "die Mehrzahl der Befunde dafür, daß Kinder aus niedrigerem sozialen Milieu eher anfällig für Schul- und Prüfungsangst sind wie ja überhaupt immer wieder beobachtet worden ist, daß Kinder aus der unteren Schicht insgesamt emotional instabiler, unsicherer und sozial schlechter angepaßt sind".

Der Befund von SCHWARZER (1975, S. 16): sehr signifikant höhere Angstwerte bei niedrigerem Sozialstatus von Grundschulern läßt JELINEK u.a. (1976, S. 95) darauf schließen, daß auch lernbehinderte Sonderschüler, die zum größten Teil der Unterschicht angehören, ein höheres Angstniveau als Grundschüler aufweisen.

Während der Befund von SCHWARZER (1975) durch Angstskalen von NICKEL u.a. (1973) erhoben wurde, verwendete REINARTZ bei der Untersuchung von 8-9 jährigen Hilfsschülern projektive Verfahren und stellte fest, daß Hilfsschüler im Vergleich zu gleichaltrigen Volksschülern:

- die Schule häufiger in einen emotional negativ getönten Kontext bringen;
- daß Hilfsschüler mehr Angstäußerungen und Angstindikatoren produzieren (1974, S. 45).

Hinsichtlich der Verhaltensebene weisen lernbehinderte Sonderschüler im Vergleich zu Schülern anderer Schularten ein höheres Maß an Verhaltensdefiziten auf, vornehmlich im sozialen Interaktionsbereich. Die soziale Kompetenz lernbehinderter Sonderschüler ist durch einen "Rückstand ... der sozialen Anpassungsweisen ..." (S. 2), durch "gehemmtes unsicheres Auftreten" (Rahmenrichtlinien, S. 13), "extremer Aggressivität" (BUSEN, 1974, S. 6) herabgesetzt. Die Richtlinien für NRW (1973) fordern neben der Einübung sozialer Kooperationsformen, die die Schüler zu einem "Miteinander" befähigen sollen, daß auch die rational bewußte Aus-

tragung von Konflikten thematisiert wird, weil "Lernbehinderte ... in gesteigertem Maße Konflikten ausgesetzt (sind), die oft durch ihre Herkunft, die Mängel der "sozialen Intelligenz" und durch das Erlebnis des sozialen Rollendrucks als Lernversager verursacht werden." (Rahmenrichtlinien, S. 13).

In ihrem Selbstbild (s.o.) beschreiben lernbehinderte Sonderschüler selbst - eigene Unterrichts- und Verhaltensbeobachtungen bestätigen dies - eine mangelnde Fähigkeit, diese Konflikte verhaltensdivergent positiv statt durch unangemessenes, undifferenziertes Verhalten wie: schreien, schlagen ... zu lösen.

PROBST (1974, S. 169) schreibt den Lernbehinderten eine "Disposition zu instrumenteller Aggression" zu, die zur Problemlösung dienen soll (z.B. das Herstellen von Ruhe durch Ohrfeigen).

WINTER (1965, S. 13) geht so weit, die geringe soziale Integriertheit der Hilfsschüler mit "sozialen Ausfallerscheinungen": z.B. ein geringes Verständnis für mehrdeutige (ambivalente) soziale Handlungen (Mißverstehen von scherzhaften Angriffen, Neckereien usw.), einem geringen Rollenbewußtsein, einer häufigen Anwendung sozialer Stereotypen und einer geringen Kontaktdichte zuzuschreiben.

"Das soziale Kontaktverhalten des Hilfsschulkindes ist nach WINTER gekennzeichnet durch geringe Beweglichkeit und Umstellungsfähigkeit. Aufgrund der Schwierigkeit, seine soziale Umwelt zu gliedern und zu ordnen, hält es an der einmal gewonnenen Sichtweise fest und verharrt in den eingenommenen sozialen Positionen. Eine vorgeschriebene Rolle einzunehmen oder innerhalb kurzer Zeit einen Rollenwechsel zu vollziehen, ist deshalb eine sehr schwer zu lösende Aufgabe für das Hilfsschulkind" (S. 62).

2.3.2. Soziale Daten lernbehinderter Sonderschüler

Die theoretischen Hinweise auf "Milieuschädigung, sozio-kulturelle Benachteiligung" werden durch empiri-

sche Untersuchung zur sozialen Herkunft der lernbehinderten Sonderschüler bestätigt. Die soziale Position von Familien lernbehinderter Sonderschüler ist durch ein Randgruppendasein gekennzeichnet. Der größte Teil der lernbehinderten Kinder stammt aus Familien, die durch Zugehörigkeit zur Unterschicht (TOPSCH, 1975; BEGEMANN, 1970; GEHRECKE, 1958; FERDINAND, W. u. UHR, R., 1973; KLEIN, 1973), durch familiäre Belastungen wie Unvollständigkeit der Familie, hohe Kinderzahl, schlechte Wohnverhältnisse ... zu einem "sozial und sozio-kulturell randständigem Dasein" (BEGEMANN, 1970, S. 85) gezwungen sind.

Repräsentativ für eine große Anzahl von Studien über die soziale Herkunft lernbehinderter Sonderschüler steht die Untersuchung von FERDINAND u. UHR (1973), die von 2.600 Hilfsschülern einer westdeutschen Großstadt 10,2 % mit einem IQ von 90 und höher fanden, und von denen 98 % der Unterschicht zugehören.

KLEIN (1973, S. 11) findet im Vergleich zu Hauptschülern bei den Familien der lernbehinderten Sonderschüler: "nahezu 2/3 aller Lernbehinderten kommen ... aus Familien von ungelernten Arbeitern, von Rentnern, von Landfahrern, Artisten u.a. und aus unvollständigen Familien und Heimen".

TOPSCH (1975) findet bei 1.222 Kindern seiner Stichprobe 98,2 % Unterschichtzugehörigkeit und bei fast der Hälfte der Familien eine Kinderzahl von fünf oder mehr Kindern.

Hinsichtlich der Wohnverhältnisse (Gesamtzahl der Zimmer, Zahl der Zimmer pro Person ...) stellen PROBST (1974) und KLEIN (1973) wesentlich beengtere Wohnverhältnisse bei Sonderschüler- als bei Hauptschülerfamilien fest.

Nach AAB u.a. (1974, S. 34) besuchen Kinder aus Obdachlosensiedlungen bis zu 40 - 80 % die Sonderschule für Lernbehinderte.

2.4. Bestehende Förderungsmöglichkeiten für LSS im sozial-emotionalen Bereich

Die Notwendigkeit sozialerzieherischer Förderstunden für lernbehinderte Sonderschüler wurde zwar erkannt (vgl. Rahmenrichtlinien, NRW, 1973), bislang aber in der Praxis nur unzureichend in konkrete Hilfsmaßnahmen

umgesetzt. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß bislang kein wissenschaftlich abgesichertes pädagogisch-therapeutisches Interventionskonzept vorliegt.

So wird in diesen Rahmenrichtlinien betont, daß "anstelle eines "harmonischen Miteinanders um jeden Preis hat daher durchaus die Erziehung zur rational bewußten Austragung von Konflikten, zur Durchsetzung persönlicher Interessen und sogleich zur selbstkritischen Einschätzung der eigenen Rolle zu treten" (S. 13); "Motivationale Hilfen, psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen, sowie Nachholtraining als Förderung und 'Umerziehung' stehen hier im Vordergrund gegenüber methodischer Hilfe zur Kognition im Lernprozeß". In der Realität an SfL finden sich weitgehend nur psychomotorisches und sensomotorisches Training, sowie Sprachtherapie, Förderkurse für Legastheniker ... Diese Fördermaßnahmen zielen primär auf den schulischen Bereich, wobei die Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, die oftmals die wahre Leistungsfähigkeit überdecken, weitgehend außer Acht gelassen werden. Diese Maßnahmen der Sonderschule sind eher im Rahmen einer "heilpädagogischen Übungsbehandlung" (KOBİ, S. 132) zu sehen. Nach KOBİ stehen Übungsbehandlungen mit verschiedenen Formen von Verhaltenstherapie einerseits und unterrichtlichen Bemühungen andererseits.

II. B. UNTERSUCHUNGSVARIABLEN

1. Zielbereiche der Therapie

Der Forderung nach möglichst umfassender Explikation konkreter Ziele psychotherapeutischen Handelns (vgl. I. A. 3.) soll in diesem Kapitel zu den ZIELBEREICHEN der in dieser Untersuchung verwendeten Therapiekonzepte nachgekommen werden. Bei unseren Veränderungszielen handelt es sich um ineinandergreifende, nicht hierarchisch aufgebaute Behandlungsziele, die für jedes Kind gleichermaßen gelten; bei der von uns gewählten Form der Gruppentherapie zum Vergleich der Therapieformen ist die Zieldefinition im Bezug auf die individuelle Problematik des einzelnen Kindes und die zielrelevanten Entscheidungen der jeweiligen therapeutischen Intervention - ohne Mitwirkung der Kinder - in die Hand des einzelnen Therapeuten gelegt.

Im folgenden Kapitel sollen daher Überlegungen und Begründungen zur Auswahl und Relevanz dieser "vorprogrammierten, vorab erstellten, globalen" Zielexplicationen, nach denen sich alle Therapeuten dieser Untersuchung richten, erläutert werden. Die Zielbereiche sollen dabei so weit konkretisiert werden, daß sich daraus Übungs- und Handlungsanleitungen durch den Therapeuten deduzieren lassen.

1.1. Relevanz/Auswahl der Zielbereiche

Die Auswahl der Zielbereiche auf der Verhaltens- und Erlebensebene orientierte sich an Untersuchungen zum sozialen Verhalten und zur sozialen Einstellung bei lernbehinderten Sonderschülern. Aus den spezifischen Merkmalen dieser Zielgruppe (vgl. II. 1.2.) leitet sich die Zielrichtung der therapeutischen Bemühungen her: im Vordergrund steht die Veränderung im Bereich sozial-emotionaler Interaktionsfähigkeit in Richtung auf kon-

struktive Möglichkeit zur Selbstdurchsetzung, Selbstverwirklichung und Handlungsmöglichkeiten der sozialen Kompetenz im Kontext der Gruppe.

Die von mir formulierten Therapieziele liegen auf den zwei Ebenen, die beide Komponenten sozialer Interaktion berücksichtigen:

- auf der Verhaltensebene: Förderung von KOOPERATIONSFÄHIGKEIT, KONFLIKTLÖSEVERHALTEN, SELBSTDARSTELLUNG;
- auf der Erlebensebene: Zielkonstrukte aus dem Bereich der psychischen Beeinträchtigungen: NEUROTIZISMUS, ANGST, SOZIALE EINSTELLUNG.

Zwischen den beiden Ebenen sind dabei komplexe Wechselwirkungen anzunehmen, Verhaltensvariablen werden unmittelbar von emotionalen und kognitiven Systemen mitgesteuert, Änderungen im Verhaltensrepertoire können umgekehrt kognitive Variablen und Emotionen beeinflussen. Ich schließe mich somit der von SCHMIDTCHEN (1974) vertretenen Auffassung an, daß die Annahmen zweier unterschiedlicher Zielrichtungen von Therapien: einmal die Veränderung innerpsychischer Strukturen und zweitens die Veränderung des im Verhalten des Individuums zugleich akzeptiert und sinnvoll bearbeitet werden können (S. 17).

Dem von HOLZKAMP (1972) entwickelten Kriterium der emanzipatorischen Relevanz an Forschungstätigkeit - und hiermit auch an Therapieziele - trägt die Orientierung der sozial-emotionalen Lernziele an dem Fernziel Rechnung: Sensibilisierung für soziale und politische Phänomene, zur Befähigung der rationalen und emotionalen Bewältigung von Konfliktsituationen, die ein Schritt zur Selbst- und Mitbestimmung sein kann.

Emanzipatorisch nennt HOLZKAMP "psychologische Forschung, sofern sie zur Selbstaufklärung des Menschen über seine gesellschaftlichen und sozialen Abhängigkeiten beiträgt und so die Voraussetzung dafür schaffen hilft, daß der Mensch durch Lösung von diesen Abhängigkeiten seine Lage verbessern kann". (1972, S. 32)

Auf die emanzipatorische Relevanz der Förderungen von Sozialtechniken wie Kooperationsfähigkeit, Konflikt-

löseverhalten, Selbstdarstellung, soziale Einstellung ... weisen BERNHARDT u.a. (1974) sowie LANGENOHLE (1973) hin.

LANGENOHLE fordert als Lernziele im sonderpädagogischen Curriculum für Lernbehinderte: "die Fähigkeit zur Selbst- und Fremdkritik, zur gesteigerten Problemsensibilität, zur Veränderung, zum Sich-Lösen und Durchbrechen von Schablonen" (S. 24). Gerade lernbehinderte Sonderschüler seien aufgrund ihrer "Unterschichtmentalität" durch eine immobile und resignative Grundeinstellung, durch Rigidität des Denkens und durch Indifferenz im Hinblick auf individuelle und kollektive Lageverbesserung gekennzeichnet (vgl. LANGENOHLE, 1973, S. 25).

BERNHARDT u.a. sehen die Möglichkeit "durch Aktualisierung und produktive Verarbeitung von Konflikten vor allem Kindern aus unteren Sozialschichten zu selbstbewußtem Verhalten, zur Fähigkeit, die eigenen Interessen zu erkennen und zu vertreten" zu verhelfen (1974, S. 20).

1.2. Zielbereiche auf der Verhaltensebene: Kooperationsfähigkeit, Konfliktlöseverhalten, Selbstdarstellung

KOOPERATION:

In Untersuchungen im Bereich der sozialen Erziehung und des sozialen Lernens ist die Bedeutsamkeit der Förderung von Kooperationsverhalten sowie adäquatem Konfliktlöseverhalten als Bestandteil bzw. Voraussetzung für Kooperationsfähigkeit für unsere Zielpopulation besonders von HIELSCHER (1974) PRIOR (1975, S. 109 f), STANGE/STANGE (1974) und BUSEMANN (1959) hervorgehoben worden. In der Beschreibung der psychosozialen Daten der lernbehinderten Sonderschüler ist bereits auf die spezifischen Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale hingewiesen worden (s. II. A. 2.3.). An dieser Stelle soll der Hinweis von BUSEMANN genügen, daß im sozialen Verhalten lernbehinderter Kinder eine "verzahnte echte Kooperation ... nicht zustande (kommt). Es dominieren Konflikte und einseitige Leistungen" (1959, S. 11 f).

Unter Kooperationsfähigkeit wird in dieser Arbeit verstanden (vgl. HIELSCHER, 1974, S. 106):

- die Fähigkeit, zu anderen Menschen befriedigende Beziehungen aufzubauen, die eine Zusammenarbeit erleichtern bzw. erst ermöglichen,
- die Fähigkeit, Probleme und Aufgaben so zu strukturieren, daß mehrere an der Lösung arbeiten können,
- die Fähigkeit, gemeinsam mit anderen Ziele zu finden und deren Folgen denkend vorwegzunehmen,
- die Bereitschaft, aufgrund der gemeinsamen Zielsetzungen gemeinsam zu handeln,
- die Bereitschaft zugunsten gemeinsamer Ziele und Handlungen eigene Interesse und Bedürfnisse vorläufig zurückzustellen,
- die Möglichkeit, die Folgen des gemeinsamen Handelns "verwendungsbereit" in die eigene Person zu integrieren.

Kooperationsfähigkeit stellt das Ergebnis eines Lernprozesses dar, in dem die Lernenden in die Lage versetzt werden, miteinander in Kommunikation zu treten, gemeinsam zu planen und zu arbeiten, sich gegenseitig zu unterstützen. Emanzipatorische Bedeutung erlangt die Fähigkeit zur Kooperation, wenn es den Individuen verhilft, gemeinsame Interessen zu vertreten.

Zu dem operationalisierten Zielkatalog für Kooperationsfähigkeit, die durch die therapeutischen Interventionen angestrebt werden soll, zählen: um Hilfe bitten; anderen helfen, andere Gruppenmitglieder loben; Informationen erfragen; anderen über ihr Verhalten Rückmeldung geben; eigene Bedürfnisse aufschieben können; Kompromisse zu finden und zu formulieren; Lösungen vorschlagen; Meinungen erkunden; wichtige Regeln des Zusammenlebens kennen und beachten ... (s. Anhang).

In die kooperative Situation bringt der Einzelne seine spezifischen Interessen und Bedürfnisse mit ein, die Spannungen und Konflikte erzeugen können. Die Wahrnehmung dieser Interessengegensätze zwischen einzelnen Interaktionspartnern und das Aushandeln von Lösungen in gleichberechtigter Diskussion statt im Konfliktfall von vornherein vom "Unrecht des Stärkeren" auszugehen, ist Voraussetzung für Kooperation in Gruppen. Adäquates Konfliktlöseverhalten und eine gezielte Verarbeitung von Konflikten ist somit Bestandteil bzw. Voraussetzung für konstruktives Gruppenverhalten.

KONFLIKTLÖSEVERHALTEN:

Die Gewichtung adäquaten Lösens sozial-emotionaler Probleme im Hinblick auf kooperatives Verhalten von Lernbehinderten kommt in der Formulierung von "Konfliktlöseverhalten" als gesondertem Zielbereich zum Ausdruck.

Aufgrund von theoretischen und empirischen Hinweisen (BERNHARDT u.a., 1974; STANGE/STANGE, 1974; eigener Vorversuche in Sonderschulen für Lernbehinderte zur Erprobung des Spielmaterials) ist eine Bevorzugung negativen Konfliktlöseverhaltens zu verzeichnen: aggressive Verhaltensweisen wie: sich schlagen, auslachen, beschuldigen, beschimpfen, flüchten ..., also Methoden der Konfliktlösung, bei denen ein Konfliktpartner seine Absicht mit Machtanwendung und Zwang durchzusetzen versucht.

Als adäquates positives Konfliktlöseverhalten soll eine sozial-integrativ geregelte Austragung (GEISLER, 1977, S. 429) verstanden werden, die ein Repertoire von sozialen Verhaltensweisen wie: Anmeldung von Störungen (SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974); direktes Ansprechen des Konfliktes (GORDON, 1974); Metakommunikation, Trösten, Vorschläge machen, helfen, Fehler zugeben ... (STANGE/STANGE, 1974, S. 61) umfaßt. Bei dieser Einteilung in negative und positive, therapeutisch zu fördernde Verhaltensweisen in konfliktträchtigen Situationen muß die Problematik der Abhängigkeit dieser Einschätzung von gesellschaftlichen Normvorstellungen im Auge behalten werden.

Mit STANGE/STANGE (1974, S. 65) wird in dieser Arbeit als Voraussetzung für Kooperationsfähigkeit und Konfliktlöseverhalten Persönlichkeitsfaktoren wie Angstfreiheit, Belastbarkeit, Kommunikationsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen und Selbstvertrauen sowie auf der Ebene sozialer Fertigkeiten: Verbalisierung eigener und fremder Emotionen, Verstärken, Metakommunikation angenommen.

Somit wird deutlich, daß die ausgewählten Zielbereiche ineinander verzahnt sind, daß therapeutische Veränderungen nicht eindimensional aufgefaßt werden können.⁺

SELBSTDARSTELLUNG:

Unter diesem Zielbereich auf der Verhaltensebene werden alle gefühlsmäßigen Stellungnahmen des Individuums verstanden, die es sich oder anderen gegenüber einnimmt. Als Lernzielkatalog umfaßt diese Dimension: über spezifisch persönliche Erlebnisse (Gefühle, Ängste, Werte, Bedürfnisse, Wünsche, Meinungen ...) zu sprechen; über eigenes Verhalten berichten; sich selbst im Spiel (Rollen-, Minenspiel, Pantomime) und anderen Interaktionen darzustellen, z.B. sich spontan am Gespräch beteiligen; berechnigte eigene Ansprüche und Rechte auch Erwachsenen und Autoritäten gegenüber vertreten können; sich selbst in der Gruppe positiv darstellen können.

Bei diesen Operationalisierungen findet eine Kombination von Spiel- und Gesprächselementen in der Gruppensituation statt, wobei die Gesprächsvariable "Selbst-exploration" als die wesentlichste Komponente dieses Zielbereiches gemäß der Vorrangstellung, die dieses Merkmal in der Prozeß- und Ergebnisforschung der Gesprächspsychotherapie einnimmt (vgl. u.a. BOMMERT, 1977; BOMMERT, 1978; SCHWARTZ, 1975; TAUSCH, 1975), *gilt*.

SCHWARTZ (1975, S. 120) versteht unter dieser Prozeßvariable: "Der Klient (spricht) in der Therapie über sein inneres Erleben, d.h. seine Gefühle, Bewertungen von Ereignissen oder Personen, gefühlsmäßige Stellungnahmen zu seiner Umwelt, seine Ziele und Hoffnungen" und "bemüht sich um größere Klarheit und neue Einstellungen".

⁺ In der Hier- und Jetzt-Situation der Gruppentherapie, in der aktuellen Lernsituation, in der durch Spielmaterialien und Stundeninhalte auch Konflikte "provokiert" werden sollten, traten kaum Konflikte auf. Es bliebe weiteren empirischen Untersuchungen vorbehalten, zu überprüfen, welche Ursachen dafür verantwortlich gemacht werden könnten (evtl. relativ kurze Dauer der Therapie; Fähigkeit der Therapeuten, Konflikte zu erleben, diese zu induzieren, zu ertragen und gemeinsam mit den Kindern zu lösen?)

Diese "selbstexplorativen" Äußerungen geben Auskunft über den "inneren Bezugsrahmen" des Klienten und stellen so die Basis für eine gemeinsame therapeutische Arbeit am Problem des Klienten dar (BOMMERT, 1977, S. 83).

Die besondere Gewichtung dieser Klientenvariablen - im Zusammenhang mit den Psychotherapeutenvariablen - als "Motor des gesprächspsychotherapeutischen Prozesses" in dem Sinne verstanden, daß dadurch wesentliche, für den Klienten konstruktive Umstrukturierungsprozesse als Grundlage der Gewinnung neuer Erfahrung und Handlungsmöglichkeiten in Gang gesetzt werden, betont BOMMERT (1978, S. 1332). Bei dieser Zentrierung des Klienten auf seinen inneren Erlebnisprozeß spielt nach neueren Ergebnissen weniger die Häufigkeit selbstexplorativer Äußerungen - im Sinne der dazu entwickelten Meßinstrumente (TRUAX, 1961; TAUSCH, 1975) - eine Rolle, maßgeblich ist mehr die Intensität der Auseinandersetzung mit dem inneren Erleben (BOMMERT, 1978, S. 1333).

Die Berechtigung, derart komplexe Prozesse von Introspektion, Umsetzung von Gefühlen in entsprechend intensive verbale Kommunikation sowie die Fähigkeit zu kognitiver und emotionaler Umstrukturierung von Lernbehinderten zu erwarten, kann den empirischen Ergebnissen von A. TAUSCH u.a. (1973) sowie BOMMERT u.a. (1975) entnommen werden. Von unterprivilegierten Kindergarten- und Grundschulkindern, bzw. lernbehinderten Sonderschülern mit niedrigem IQ wurde in relativ kurzer Zeit im Rahmen der Therapie selbstexploratives Verhalten gelernt. Demnach ist zu erwarten, daß durch die Stimulation selbstdarstellenden Verhaltens in der spieltherapeutischen Situation und selbstexplorativer Prozesse die Schüler fähiger werden,

- sich selbständiger, verantwortungsvoller auseinanderzusetzen;
- ihre persönlichen Probleme und Schwierigkeiten klarer zu erkennen;
- anderen Kindern gegenüber offener und ungehemmter zu sein;

- durchsetzungsfähiger Erwachsenen gegenüber zu werden und unabhängiger von deren Normen und Werten.

1.3. Zielbereiche auf der Erlebensebene

Die Kriterien für die Auswahl der Zielkonstrukte aus dem Bereich psychischer Beeinträchtigungen der lernbehinderten Sonderschüler bestimmen einmal die veränderungsbedürftigen Merkmale dieser Zielgruppe auf der Erlebensebene, zum anderen Effektivitätshinweise aus Ergebnisforschungen der "orthodoxen" Therapieformen bei Kindern.

Aufgrund der Ergebnisforschungen klientenzentrierter Therapie bei Kindern/Jugendlichen mit einem - nach SCHMIDTCHEN (1974) - methodisch angemessenen Versuchsaufbau in den letzten 20 Jahren sind folgende Änderungen zu erwarten:

- Verminderung des Neurotizismuswertes (vgl. TAUSCH u.a. 1972; SCHMIDTCHEN, 1974; BOMMERT u.a. 1975);
- Zunahme emotionaler Ruhe, Angstabbau (vgl. SCHMIDTCHEN, 1974; BOMMERT u.a., 1975);
- Verminderung von seelischen Spannungen (vgl. KRAAK, 1961);
- verbesserter Sozialstatus (vgl. COX, 1953; SCHMIDTCHEN, 1974);
- vermehrte Unabhängigkeit von anderen Personen (vgl. TAUSCH u.a., 1972; BOMMERT u.a., 1975).

SCHMIDTCHEN faßt die Ergebnisse seiner empirischen Untersuchung (1974) folgendermaßen zusammen: "Die Verbesserungen liegen im intellektuellen Bereich in einer Erhöhung der verbalen Flexibilität und Wortflüssigkeit, in einer verbesserten Umweltwahrnehmung und in einer größeren Kreativität der Umweltbewältigung. Im Persönlichkeitsbereich zeigt sich eine Erhöhung der emotionalen Stabilität mit einem Angstabbau, einer verbesserten Kontaktbereitschaft und größeren Selbstkontrollen und sozialer Reife." (S. 170)

Im Hinblick auf Verallgemeinerung bei Kindern anderer Altersstufen und anderen Erziehungshintergrundes (vgl. GOETZE/JAEDE, 1978) werden weitere Untersuchungen mit dem Therapiekonzept von SCHMIDTCHEN zeigen müssen, ob die Effekte bei dieser spezifischen Stichprobe von Heimkindern, die nach vorgegebenen Kriterien systematisch ausgelesen wurden, auch auf andere Stichproben zutrifft.

Der Einsatz verhaltensmodifizierender Techniken - vor allem bei behinderten und schwer erziehbaren Kindern (vgl. KUHLEN, 1974) - wie "systematische Verstärkung nach einem "token-reinforcement Plan" (WINKLER u.a., 1974), positiver sozialer Verstärkung (WIECERKOWSKI u.a., 1969), Modellernen (vgl. BANDURA/WALTERS, 1963), Regeltraining (INNERHOFER u.a., 1975) bewirkten:

- Verminderung des HANES-Neurotizismus-Wertes (WINKLER u.a., 1974); von Psychoneurotizismus und Schulangst (WIECERKOWSKI u.a., 1969);
- Abbau störender bzw. aggressiver Verhaltensweisen (WINKLER u.a., 1974; BANDURA/WALTERS, 1963);
- Verbesserung des Sozialverhaltens, Entwicklung kooperativer Verhaltensweisen (KUHLEN, 1975, S. 158).

Ausgangsbasis für eine exakte empirische Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen wie Angst, Neurotizismus und soziale Einstellung und Aussagen über Veränderungen dieser "innerpsychischen Größen" kann - zur Vermeidung unkontrollierbarer und subjektiver Faktoren in der Begriffsbestimmung - nur ein Verständnis im Sinne "hypothetischer Konstrukte" bilden.

Im Kontext psychologischer Theorienbildung wird unter einem hypothetischen Konstrukt eine "nicht direkt beobachtbare, sondern aus verschiedenen objektivierbaren Daten erschlossene Größe von relativ abgrenzbarer und einheitlicher Gegebenheit" (WIECERKOWSKI u.a., 1974, S. 6) verstanden. Das wird durch Operationalisierungen abgegrenzt und durch Prüfungen validiert. Unter einer operationalen Definition versteht man die Bestimmung eines Phänomens durch die Methode seiner Erfassung bzw. dadurch, daß die Herstellung der Bedingungen, die zum Auftreten der betreffenden Erscheinung führen, miteinbezogen werden (DREVER/FRÖHLICH, 1969). Dieses aus einer Vielzahl introspektiver und objektiver Daten zusammengesetzte Konstrukt wird im Kontext eines "nomologischen Netzes" empirischer Korrespondenzen (korrelativer Beziehungen im Verhaltens- und Erlebensbereich) interpretiert und erfährt eine zunehmende Verfeinerung durch den fortschreitenden Aufweis dieser korrelativer Beziehungen.

Sehr vereinfacht bedeutet die Definition der Konstrukte Angst, Neurotizismus und soziale Einstellung: Angst bzw. Neurotizismus bzw. soziale Einstellung ist das, was die empirischen Angst-, Neurotizismus- und soziale

Einstellungs-Tests erfassen (vgl. WIECERKOWSKI u.a., 1974, S. 6). Durch die im folgenden vorgestellten Prüfverfahren werden diese drei Konstrukte relativ zuverlässig erfaßt und validiert.

ANGST:

Die Annahme von zwei Aspekten des Angstphänomens, einer manifesten, allgemeinen Angst, verbunden mit sozialer Unsicherheit, und einer situationsspezifischen Angst - besonders der Angst vor Prüfungssituationen - liegt als Konzept dem von WIECERKOWSKI u.a. (1974) entwickelten Angstfragebogen für Schüler (AFS) zugrunde.

Somit unterscheiden die Autoren zwischen Angst als überdauerndem Persönlichkeitsmerkmal im Sinne einer generellen manifesten Angst und zwischen situations-spezifischer Angst (vgl. GÄRTNER-HARNACH, 1972). Die Annahme von Zusammenhängen zwischen persönlicher Angstbereitschaft des Individuums und der Art und Stärke situationsspezifischer äußerer und innerer Reize (GÄRTNER/HARNACH, 1972) ist Ausgangspunkt für den mehrfaktoriellen Fragebogen AFS mit den Skalen: Prüfungsangst, manifeste Angst, Schulunlust, soziale Erwünschtheit (WIECERKOWSKI u.a., 1974).

Die Notwendigkeit der Veränderung im so definierten Zielbereich der Angst und ihrer Folgeerscheinungen auf der Erlebensebene wurde bereits bei der Darstellung der psychosozialen Lage der Lernbehinderten - erhöhtes Angstniveau im Zusammenhang mit niedrigem Sozialstatus und negativer Selbsteinschätzung (vgl. II. A. 2.2.2.) - als Schwerpunkt der psychischen Beeinträchtigungen der LSS deutlich. Eine Reduktion des Angstausses bei den LSS bedeutet nach STANGE/STANGE (1974, S. 65): Abbau der Hemmfunktion von Angst auf die Handlungsfähigkeit in Konfliktsituationen. Die Wirksamkeit positiver Bekräftigung durch den Lehrer und den Einsatz von Imitationslernen in Sonderschulklassen im Hinblick auf Angst- und Neurotizismusabbau wird durch die empirischen Untersuchungen von WIECERKOWSKI u.a. (1969) und WALTER (1977, S. 204) aufgewiesen.

So zeigte sich eine signifikante Reduktion von Angst und Neurotizismus durch positive Bekräftigung seitens der Lehrer im Schulunterricht bei zwölfjährigen Haupt-

schülern über einen Zeitraum von 6 Wochen (WIECER-KOWSKI u.a., 1969). WALTER (1977) stellte eine signifikante Angstminderung bei Sonder- und Hauptschülern des 6.-8. Jahrganges durch Imitationslernen - operationalisiert durch Veränderung der Sitzordnung: jeweils zwei hochängstliche Kinder neben zwei niedrig ängstlichen - nach Ablauf von drei Monaten fest.

Ungeachtet der methodenspezifischen Vor- und Nachteile der verschiedenen therapeutischen Modelle zur Angstreduktion kann grundsätzlich jede beachtliche Heilungserfolge, die sich über unmittelbare Effekte hinaus durch ihre zeitliche Stabilität der Verhaltensänderung auszeichnen, aufweisen. Darüber hinaus können auch die z.T. ausgesprochen polemisch geführten Auseinandersetzungen zwischen den einzelnen Schulen nicht hinwegtäuschen.

NEUROTIZISMUS:

Auch das Persönlichkeitskonstrukt "Neurotizismus" soll durch einen Test definiert werden, den HANES, K.J., "der Hamburger Neurotizismus- und Extraversions-Skala für Kinder und Jugendliche" (BUGGLE/BAUMGÄRTEL, 1978). In diesem Fragebogen sollen sich durch die Methode der Selbstbeschreibung die Persönlichkeitsdimensionen "Neurotizismus" (bzw. "emotionale Labilität") und "Extraversion-Introversion" (im Sinne EYSENCKs) manifestieren.

"Neurotizismus" wird näher beschrieben durch Eigenschaften wie emotionale Labilität, Sensibilität, mangelhafte Integration, geringe Belastbarkeit, kommunikative Selbsteinschätzung

Diese Merkmale (die bei der näheren Beschreibung dieses Meßinstrumentes operationalisiert werden, vgl. II. B. 3.) besonders das der negativen Selbsteinschätzung, sind aufgrund empirischer Hinweise bei der Zielpopulation dieser Untersuchung in erhöhtem Maße aufzufinden. Durch eine positive Beeinflussung des psychoneurotischen Bereiches - vor allem durch die gesprächspsychotherapeutischen Behandlungselemente - wird - im Zusammenhang mit dem Zielbereich SELBSTDARSTELLUNG -

vor allem eine Stabilisierung des emotional negativ getönten Selbstwertgefühles lernbehinderter Kinder erwartet.

SOZIALE EINSTELLUNGEN: SOZIALE REIFE, SOZIALE ERWÜNSCHTHEIT:

Unter "Einstellung" wird in der Sozialpsychologie global ein Konstrukt verstanden, das sich der direkten Beobachtung entzieht, aber Verhalten determiniert. Nach GUILFORD (1964) bezieht sich die Einstellung (attitude) auf "soziale Sachverhalte" im Gegensatz zu anderen Persönlichkeitskonstrukten wie Interessen und Gesinnungen.

Unter diesem Zielbereich wird in dieser Untersuchung die Einstellung zu sozialen Verhaltensstrategien (im Anschluß an JOERGER, 1968) und die verhaltensbestimmenden Konstrukte "soziale Reife" und "soziale Erwünschtheit" gefaßt.

JOERGER (1968) beschreibt diese beiden "Komponenten der Sozialisierung:

SE ("soziale Erwünschtheit"): Diese Kategorie besagt, "daß der Proband sein Verhalten danach ausrichtet, ob es sozial erwünscht ist oder nicht" (Testmanual zum SET, JOERGER, 1968, S. 19). Es handelt sich also um eine Bereitschaft, die der im anglo-amerikanischen Schrifttum als "social desirability" bezeichneten vergleichbar ist. Ein großes Ausmaß an sozialer Erwünschtheit läßt auf "Außenlenkung" schließen, d.h. auf ein Abhängigsein von Normen und Forderungen der Umwelt.

Als Therapieziel dieser Untersuchung kann formuliert werden: Die Selbstbestimmung der Kinder, die Eigenständigkeit ihrer Meinungen und Einstellungen zu fördern und die unreflektierte Anpassungsbereitschaft an Normen und Forderungen der sozialen Umwelt zu verringern. Dies wird bei JOERGER (1968) als

SR ("soziale Reife") definiert, für die "... Eigenständigkeit der Meinungen und Einstellungen, ein immer mehr Freiwerden von der Abhängigkeit von überkommenen Meinungen und Regeln der Erwachsenenwelt oder auch der Gleichaltrigen in der Gruppe" (Testmanual, SET, 1968, S. 20) kennzeichnend ist. Zur "sozialen Reife" nach JOERGER zählen weiterhin: Hilfsbereitschaft und Ge-

fälligkeit, die Tendenz, auszugleichen und Gegensätze zu überbrücken, die Verbindlichkeit von Gruppenregeln und -Normen, Festigkeit des eigenen Standpunktes und das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit für den anderen. Die Erreichung eines höheren Ausmaßes an sozialer Reife d.h. Unabhängigkeit und Selbstbestimmung in den Untersuchungen zur kindzentrierten Spiel- bzw. Gesprächspsychotherapie (TAUSCH, A. u.a., 1972; BOMMERT u.a., 1975) läßt eine Veränderung von Wahrnehmung und Einstellungen im sozialen Bereich - gerade bei Kindern und Jugendlichen - erwarten.

2. Darstellung der Therapiekonzepte:

2.1. Konzept I: GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE:

Auf der Basis der gesprächspsychotherapeutischen Konzeption orientiert sich der Therapeut an den therapeutischen Grundvariablen (vgl. BOMMERT, 1977; MINSEL, 1974; TAUSCH, 1975) des klientenzentrierten Vorgehens sowie an kindzentrierten Verhaltensmerkmalen der Spieltherapie (vgl. AXLINE, 1976; GOETZE/JAEDE, 1974; SCHMIDTCHEN, 1974).

"ORTHODOXE" GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPEUTISCHE ELEMENTE:

Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE): Diese Variable ist ein charakteristisches äußeres Merkmal des sprachlichen Verhaltens von klientenzentrierten Psychotherapeuten. Inhaltlich ist dieses Verhaltensmerkmal des Psychotherapeuten dadurch charakterisiert, daß er sich bemüht, die innere Erlebniswelt des Klienten in dessen verbalen und nichtverbalen Äußerungen vom individuellen Bezugspunkt des Klienten wahrzunehmen, und sie konkret, einfach verstehbar dem Klienten mitteilt. Durch das Eingehen des Therapeuten auf die gefühlsspezifischen und persönlichen Erlebnisäußerungen des Klienten selektiert der Therapeut damit Empfindungen, Wünsche, Interessen, Einstellungen und Gefühle des Klienten aus den übrigen Gesprächsinhalten heraus und macht sie zum Zentrum der therapeutischen Interaktionen. Das "einfühlende Verstehen" ("accurate Empathy" nach ROGERS, 1965) schließt Ratschläge, Belehrungen, Kritik, Aufforderungen, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten, ... usw. aus.

Besonders für die Gesprächspsychotherapie mit Kindern besteht die Forderung an den Therapeuten, seine Verbalisierungen in konkreter, anschaulicher, bildhafter Form (BOMMERT, 1977, S. 68) zu kommunizieren. Als eines der Grundprinzipien der nichtdirektiven Spieltherapie (AXLINE, 1976) wird dieses Therapeutenverhalten "Prinzip des Reflektierens der Gefühle" genannt.

WIRKSAMKEIT:

Die gesprächspsychotherapeutische Modifikationsvariable VEE, die als am besten erforscht und abgesichert gelten kann (BOMMERT, 1977, S. 68), gehört zu den als grundsätzlich bedeutsamen, im Sinne einer fördernden Bedingung für den Psychotherapieprozeß anerkannten Therapeutenmerkmale. In der Ergebnisforschung zur Gesprächspsychotherapie bei Kindern (vgl. 3.2.) weisen die Untersuchungen von TAUSCH, A. u.a. (1973), BOMMERT u.a. (1975) die Effektivität dieser Variablen hinsichtlich konstruktiver Veränderungen (Auswirkungen auf die Selbstexploration) hin.

AKZEPTIERUNG:

Für die von ROGERS (1972) postulierte Grundvariable "unbedingte Wertschätzung und Akzeptierung des Klienten" - bei AXLINE (1976) "Prinzip des Akzeptierens" - fördert nach TAUSCH (1974, S. 120) die Selbstachtung des Klienten, seine emotionale Sicherheit, das Gefühl der Anerkennung und vermindert Spannungen und Angst. In den Ansätzen, die die gesprächspsychotherapeutische Wirksamkeit in der Praxis lernpsychologisch zu erklären versuchen (TAUSCH, 1974; BOMMERT, 1975), wird durch die unbedingte Akzeptierung und das einführende Verstehen des Therapeuten nach dem Prinzip der Gegenkonditionierung mit Gefühlen von Angst, Scham oder Schuld unvereinbare positive Gefühle hervorgerufen (BOMMERT, 1977, S. 49).

Nach BOMMERT (1977, S. 132) können keine einheitlichen Aussagen darüber gemacht werden, daß diese Grundvariablen - zusammen mit der in diesem Forschungsprojekt nicht untersuchte Variable "Echtheit des Psychotherapeuten" - einzeln oder im Zusammenspiel, bzw. in welcher Relation diese drei Merkmale untereinander in Beziehung stehen müssen, um eine "optimale Erfolgsprädiktion zu ermöglichen".

Die persönliche Akzeptierung des Klienten durch den Psychotherapeuten gehört neben den Elementen wie "unbedingte positive Wertschätzung", "emotionale Wärme" zum Merkmalsbereich EMOTIONALE ZUWENDUNG DES PSYCHOTHERAPEUTEN. Nach ROGERS (1977, S. 23) fördert es den

therapeutischen Prozeß, wenn der Therapeut seinem Klienten als einer Person mit vielen konstruktiven Möglichkeiten tiefe und echte Zuwendung entgegenbringt und sie auch äußert. Diese grundlegende positive Einstellung und die Akzeptierung des Klienten als Person sollte weitgehend unabhängig sein von dem, was der Klient während der Therapie unternimmt oder äußert.

Diese traditionelle Kernvariable, die vor allem auch das nonverbale Therapeutenverhalten betrifft, ist auf der konkreten Verhaltensebene kaum derzeit präzise faßbar. GRAESSNER/HEINERTH (1975, S. 156) versuchen eine kommunikationstheoretische Operationalisierung dieses Merkmalsbereiches der "Kommunikation positiver Affekte des Therapeuten dem Klienten gegenüber". SCHMIDTCHEN (1974, S. 47) faßt das "Prinzip des Akzeptierens" bei AXLINE unter das kindzentrierte Therapeutenverhaltensmerkmal: Regulierung der psychischen Nähe.

Nach SCHMIDTCHEN bemüht sich der Therapeut, der "Akzeptierung und Freundlichkeit" realisiert: den Kindern gegenüber keine Werturteile abzugeben, sie in ihren Schwierigkeiten zu akzeptieren. Der Therapeut nimmt das Kind grundsätzlich so an, wie es ist. Er verurteilt weder Eigenschaften noch Persönlichkeitsmerkmale des Kindes. Er sieht es als gleichberechtigten Partner an, der das Recht hat, zu schweigen, einen Vorschlag nicht anzunehmen, Kritik am Therapeuten üben zu können, sich zurückzuziehen und in der Therapie das Tempo des Vorgehens zu bestimmen. Durch diese freundliche gewährende, angstvermindernde Akzeptierung, versucht der Therapeut, das Kind weder durch körperliche, seelische noch durch intellektuelle Überlegenheit zu bedrängen.

NICHT-LENKUNG:

Das orthodox gesprächstherapeutische Postulat der weitgehenden Nicht-Lenkung beinhaltet folgende Prinzipien nach AXLINE (1976, in GOETZE/JAEDE, 1974, S. 49 ff und SCHMIDTCHEN, 1976, S. 56):

a) das Prinzip des Gewährens und Erlaubens:

Der Therapeut gründet seine Beziehung zu dem Kind auf einer Atmosphäre des Gewähren-lassens, so daß das Kind sich frei fühlt, alle seine Gefühle uneingeschränkt auszudrücken;

b) Prinzip des Nicht-Lenkens:

Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm;

c) Prinzip des Nicht-Vorantreibens:

Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Sie ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muß und der Therapeut weiß das;

d) Prinzip des Begrenzens:

Der Therapeut setzt nur Grenzen, wo diese unbedingt notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen ihm und dem Kind klarzumachen. Fünf Begrenzungen sind unbedingt einzuhalten: mutwilliges Zerstören und Mitnahme von Material; gesundheitliche Gefährdung des Kindes; Angreifen des Therapeuten; Nicht-Einhalten der vereinbarten Zeit.

In diesem klientenzentrierten Therapiekonzept steht die Eigenaktivität des Kindes im Vordergrund, das Therapeutenverhalten ist durchgängig nondirektiv, nur im Extremfall wird diese nondirektive Grundatmosphäre der Therapie durch festgelegte Richtlinien der "Grenzsetzung" durchbrochen.

SCHMIDTCHEN definiert nondirektives Verhalten: Der Therapeut verhält sich möglichst wenig lenkend und führend. Das Kind bestimmt den Verlauf der Stunde. Der Therapeut versucht, sich so zu verhalten, daß die Hauptaktivität beim Kind liegt, und dieses lernt, selbständig zu denken und zu handeln.

Unter GRENZSETZUNG wird verstanden: die Aktivität des Kindes wird nur dann eingeschränkt, wenn es Grenzen überschreiten will, über die sich der Therapeut zu Beginn der Therapie mit den Kindern geeinigt hat. Er bespricht und begründet auch innerhalb der Therapie folgende Grenzsetzungen:

- Raum darf nicht verlassen werden,
- Zeit muß eingehalten werden (z.B. wird der Therapie-schluß fünf Minuten im voraus angekündigt),
- Personen dürfen nicht verletzt werden,
- Tonband, Spielmaterial ... dürfen nicht beschädigt werden.

Dieses sachliche Ansprechen und Begründen der Grenzen wird begleitet durch akzeptierendes Ansprechen der Gefühle. Bei der handlungsmäßigen Durchsetzung der Begrenzung soll der Therapeut darauf achten, behutsam und schrittweise vorzugehen, und gleichzeitig Bedingungssituationen herzustellen, die dem Kind eine Einhaltung der Grenzen ermöglichen (SCHMIDTCHEN, 1974, S. 57).

KINDZENTRIERTE SPIELTHERAPEUTISCHE TECHNIKEN:

Wachheit und Momentzentriertheit:

Darunter wird nach SCHMIDTCHEN (1974, S. 47; GOETZE/JAEDE, 1974) ein Therapeutenverhaltensmerkmal verstanden, das beinhaltet: interessierte Aufmerksamkeit für die momentanen Handlungen und Gefühle des Kindes: das Bemühen, schnell auf Handlungen und Äußerungen des Kindes zu reagieren, wobei der Bezugspunkt das jeweilige Geschehen in der Gegenwart ist. Hierbei fördert gerade die Gruppensituation vom Therapeuten erhöhte Aufmerksamkeit auf die aktuelle Aktivität der einzelnen Kinder.

Operationale Definition dieser spieltherapeutischen Variablen:

- der Therapeut versucht, das verbale und nonverbale Verhalten aller Kinder in der Gruppe gleichmäßig zu beobachten;
- der Therapeut bemüht sich, die gegenwärtig in der Gruppe auftretenden emotionalen Erlebnisinhalte der Kinder zu erkennen und sofort darauf einzugehen;
- der Therapeut zeigt sich allen Gruppenmitgliedern in gleichem Ausmaße zugewandt und kommunikationsbereit;
- der Therapeut bemüht sich, alle Kinder mit in den Gruppenprozeß einzubeziehen.

Ruhe und Zuversicht:

Dieses Verhaltensmerkmal des Spieltherapeuten beinhaltet das "Prinzip der inneren Sicherheit" (TAUSCH/TAUSCH, 1956), die aus einer inneren Geordnetheit entsteht und zum Ausdruck kommt, sie ist durch den festen Glauben an die Fähigkeit des Kindes, selber seine Probleme lösen zu können und an die Richtigkeit des therapeutischen Verfahrens bedingt."

SCHMIDTCHEN (1974) definiert dieses vor allem aus nichtverbalen Verhaltenselementen bestehende Therapeutenmerkmal: Der Therapeut zeigt Ruhe und Entspannung auch in kritischen Situationen, wenn er z.B. angegriffen wird. Er strahlt Ruhe und Zuversicht aus und

ist sich bewußt, daß er für das Kind ein Modell für eine offene, emotional-bereite Persönlichkeit darstellt, die Vertrauen zu sich selbst hat und Problemen und Schwierigkeiten mit Ruhe und dem Gefühl des Lösen-Könnens begegnen kann.

Operationalisierung:

- die Sprache ist ruhig und gut moduliert, sie ist klar und ausdrucksvoll, sie hat Höhen und Tiefen;
- wesentlich sind Pausen;
- entspannte Haltung.

Wirksamkeit:

Den Einfluß der klientenzentrierten Spieltherapie mit den Therapeutenverhaltensmerkmalen: Wachheit und Momentzentriertheit, Ruhe und Zuversicht, Regulierung der Nähe, non-direktives Verhalten und Reflexion von Gefühlen und Problemlösungsverhalten auf die Veränderung von Neurotizismus- und Angstwerten, die Zunahme an sozialer Offenheit und intellektueller Flexibilität sowie einer Abnahme an Verhaltensstörungen wiesen SCHMIDTCHEN (1974); SCHMIDTCHEN/HOBRÜCKER (1976) nach.

Diese letztgenannte Untersuchung wurde als Kreuzvalidierungsstudie zur Effektivitätsprüfung der klientenzentrierten Spieltherapie der Untersuchung von SCHMIDTCHEN (1974) gegenübergestellt. Nachgewiesen wurde, daß das klientenzentrierte Spieltherapiekonzept bei 18 Kindern aus Erziehungsberatungsstellen im Alter von 9 - 13 Jahren zu den obengenannten konstruktiven Veränderungen führt.

2.2. Therapiekonzept II: VERHALTENSTHERAPIE:

Das eher verhaltenstherapeutisch orientierte Therapiekonzept orientiert sich an lerntheoretisch fundierten Änderungsprinzipien des Verhaltens und versucht, Verhalten durch gezielte und systematische Anwendung dieser Prinzipien innerhalb der Gruppe zu modifizieren.

Aus dem Methodeninventar der Verhaltenstherapie wurden verhaltenstherapeutische Techniken aus den folgenden drei Bereichen zur Förderung der Zielbereiche ausgewählt: (die Einteilung und Benennung orientiert sich an SCHMIDTCHEN (1978a, S. 2461)).

- Stärkungstechniken (positive und negative Verstärkung)
- Formungstechniken (Verhaltensformen, Verhaltenshilfe)
- Aufbautechniken (Modellernen)

Bei diesen Bereichen ist zwischen Techniken zu unterscheiden, die

- a) die Auftretenswahrscheinlichkeit von bereits vorliegenden Verhaltensweisen erhöhen (positive und negative Verstärkung),
- b) aus alten Verhaltensweisen neue Formen (Verhaltensformung, Verhaltenshilfe)
- c) neue Verhaltensweisen (Modellernen) aufbauen (SCHMIDTCHEN, S. 2462, 1978).

Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Techniken ist in der einschlägigen Literatur hinreichend zu finden (vgl. KUHLEN, 1974; BLACKHAM u. SILBERMAN, 1975; KANFER u. GOLDSTEIN, 1975), so daß hier die angewandten Techniken nur kurz beschrieben und ihre Anwendung anhand von Beispielen aus der praktischen Durchführung sowie Hinweisen auf ihre Effektivität belegt und verdeutlicht werden.

STÄRKUNGSTECHNIKEN:

Die Stärkungstechniken sind die Grundtechniken des operanten Konditionierens. Sie dienen dazu, die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen, die in schwacher Ausprägung und Intensität vorliegen, durch

eine systematische Kombination mit Verstärkern zu erhöhen.

Positive Verstärkung: Die Intensität und/oder Frequenz einer Verhaltensweise wird durch eine einsetzende positive Konsequenz erhöht. Der Erfolg positiver Verstärkung richtet sich dabei nach dem Modus der Verstärkung und nach der Art des Verstärkers selbst bzw. nach seiner Wirksamkeit auf das Individuum, dessen Verhalten er verstärken soll (vgl. KUHLEN, 1974, S. 23). Verstärkung ist am wirksamsten, wenn sie kontingent vergeben wird: sie muß unmittelbar auf das Verhalten erfolgen und in Abhängigkeit von seinem Auftreten. Verstärkung ist spezifisch und bezieht sich auf ein definiertes, klar abgegrenztes Verhalten (hier auf Verhaltensweisen im Sinne der Zielbereiche für die LSS).

Soziale Verstärkung: Zu dieser sog. sekundären Verstärkerart zählen verbale und nicht verbale Verhaltensweisen (Lächeln, Gesten der Freundlichkeit, Aufmerksamkeit, Anerkennung, Bewunderung ...), deren positiv verstärkende Wirkung vom Grad der Ansprechbarkeit und der Vorenhaltung sozialer Stimuli abhängt.

Differentielle Verstärkung: Durch den Prozeß der "differentiellen Verstärkung", der (ausschließlichen) Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen im Sinne der Zielbereiche, lernt der Schüler zwischen erfolgreichen und inadäquaten Reaktionen zu diskriminieren. Positive Verstärkung wird dabei differentiell eingesetzt, um die therapeutisch angestrebte Endform von Verhalten sukzessive auszuformen (s. Verhaltensformung). Die Methode der differentiellen Verstärkung wird vor allem beim Aufbau von rudimentär vorhandenem, aber noch nicht ausgeformtem Verhalten eingesetzt. Differentielle Verstärkung ist eine selegierende Kombination von positiver Verstärkung und Löschung (vgl. WOLPE, 1973, S. 227). Durch Entzug des positiven Verstärkers wird unerwünschtes Verhalten, das durch Verstärkung erworben und aufrechterhalten wurde, reduziert und gelöscht. Gleichzeitig wird das erwünschte, alternative Verhalten aufgebaut.

FORMUNGSTECHNIKEN:

Formungstechniken werden eingesetzt, wenn ein Zielverhalten durch einen speziellen Prozeß von Grund her aufgebaut werden muß. Kann man dabei auf ähnliche Verhaltensmuster zurückgreifen, so empfehlen sich nach SCHMIDTCHEN (1978, S. 2463) Techniken der Verhaltensformung. Beim Aufbau des Sollverhaltens wird von der Annahme ausgegangen, daß sich Therapieziele in spezielle Zieleinheiten zerlegen lassen, die dann hinter-

einander gelernt und miteinander verkettet werden können.

- Verhaltensformung: Verhaltensformung geschieht dadurch, daß eine Reaktionsform, die dem Zielverhalten angenähert ist, systematisch verstärkt wird, so daß schrittweise immer dem Zielverhalten ähnlichere Reaktionen ausgebildet werden. Der Therapeut muß in der Lage sein, die Abstufung der Annäherungsschritte und den geeigneten Verstärkungszeitpunkt d.h. zielgerichtet und ohne zeitliche Verzögerung, einzusetzen.
- Verhaltenshilfe: Die Technik der Verhaltenshilfe (PROMPTING) beinhaltet spezielle Hilfestellungen des Therapeuten, um dem Kind die ersten Verhaltensäußerungen bei einem neuen Therapieschritt zu erleichtern. Der Therapeut demonstriert durch Sprache, Gesten oder andere Instruktionen die Ausübung einer erwünschten Reaktion, z.B. durch Vorspielen beim Rollenspiel. Die dabei vom Therapeuten zunächst gegebene Hilfestellung wird schrittweise zurückgezogen (FADING).

Beispiel für Verhaltensformung: Beim Zielbereich sozialer Kooperation werden als Vorstufen aufgebaut: Verhaltensweisen, die Kooperationsbereitschaft signalisieren, z.B. Ansehen, Hinwenden Als nächster Schritt werden Ansätze zur Kontaktaufnahme verstärkt: Der Therapeut stimuliert das Kind, Vorschläge zur Zusammenarbeit zu machen, auf Angebote des Gruppenmitgliedes einzugehen ...; der nächste Schritt besteht aus kooperativen Verhaltensweisen wie gemeinsame Probleme lösen.

AUFBAUTECHNIKEN:

MODELLLERNEN: Lernen am Modell (beobachtendes Lernen, Imitationslernen, stellvertretendes Lernen) liegt vor, wenn ein Individuum als Folge der Beobachtung des Verhaltens anderer Individuen sowie der darauffolgenden Konsequenzen sich neue Verhaltensweisen aneignet oder schon bestehende Verhaltensmuster weitgehend verändert (VOGL, 1974, S. 85).

Besonders bei der Aneignung komplizierter Reaktionsmuster, vor allem im sozialen Bereich, aber auch beim Lernen emotionaler Reaktionen, haben sich Kombinationen modellierender und verstärkender Verfahren als im hohen Maße für Kinder und Jugendliche geeignet erwiesen (vgl. SCHMIDTCHEN, 1978, S. 2465; HALDER, 1975, S. 103; KANFER/GOLDSTEIN, 1977, S. 173).

Bei diesem Lernmodus können innerhalb der Kindergruppe neben dem Therapeuten als Modell mit genügend großem Aufmerksamkeitswert ebenso die Gruppenmitglieder ge-

zielt als Verhaltensmodelle eingesetzt werden, die nach dem Prinzip der "stellvertretenden Bekräftigung" (positive Verstärkung des Modells als Anreiz für die beobachtenden Kinder) verhaltenssteuernde Effekte haben. In diesem Therapiekonzept steht differentiell verstärktes Modellernen in Richtung der angestrebten Zielbereiche im Vordergrund: Positive Verstärkung erleichtert dabei die Kennzeichnung und Äußerung des für die Modifikation wesentlichen kooperativen und selbstexplorativen Verhaltens.

Das wesentliche Kennzeichen dieses Konzepts ist ein starker Lenkungsaspekt im Bereich des Modellerns durch gezielten Einsatz von Rollenspielen in der Arbeit mit standardisiertem Material. Bei der Verwendung von Rollenspielen geschieht nach den Grundprinzipien des Lernens am Modell eine verbale und nonverbale Modellierung des Verhaltens in Richtung auf die angestrebten Zielbereiche.

Beispiel: Der Therapeut läßt alternative Verhaltensweisen in Konfliktsituationen im Rollenspiel vorspielen. Die inhaltliche und personelle Gestaltung der Rollen werden von ihm bestimmt. Er interveniert im Rollenspiel, wenn wichtige Aspekte nicht berücksichtigt werden. Er spielt einzelne Verhaltenssequenzen vor und verstärkt sofort nach dem Spiel durch Rückmeldung und fordert die Kinder auf, die beobachteten erwünschten Verhaltensweisen zu nennen.

Wirksamkeit:

Im Bereich der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen sind eine Vielzahl von Einzeltechniken entwickelt worden, die nach SCHMIDTCHEN (1974, S. 15) "in bestimmten Fällen bereits die Bedingungen der Isolierbarkeit und freien Kombinierbarkeit (KUHLEN, 1974) erfüllen". Über die Abfolge und den Stellenwert einzelner (verhaltenstherapeutischer) Modifikations-techniken in der Strategie von therapeutischen Plänen wurde dagegen kaum gearbeitet (KRAIKER, 1974, S. 156). Im Rahmen eines Regeltrainings bei verhaltensgestörten Sonderschulkindern (INNERHOFER u.a. 1975, S. 160)

wurde massive Verstärkung (Lob, Aufmunterung, Token-verstärkungssysteme) im Laufe der Therapie durch soziale Verstärkung ersetzt.

In dieser Untersuchung erwies sich das Regeltraining (Therapieziele: Kooperation, Integration emotional gestörter Sonderschulkinder in die Normalschule) bei 12 Kindern einer Sonderschulklasse im Alter zwischen 10-12 Jahren im Laufe von 41 Therapiesitzungen als effektiv. Die therapeutischen Interventionen gehen von: Verteilung von Token durch den Therapeuten über die Nominierung eines Kindes als Ko-Therapeut. Ausblenden der materiellen Verstärker zu sozialer Verstärkung. Die Konditionierbarkeit von kooperativem Verhalten durch Kooperationstraining mit Verstärkerprozeduren auf der Ebene der Interaktion mit Gleichaltrigen untersuchten AZRIN/LINDSLEY (1956) und SEIBEL (1971), beide zitiert in KUHLEN (1974, S. 158).

Diesen Untersuchungen ist gemeinsam, daß Verbesserung schwacher soziometrischer Positionen in Kindergruppen mit einer Steigerung der Kooperation einhergeht. Bei Kindern im Alter von 7-12 Jahren bildeten AZRIN/LINDSLEY kooperative Teams, die durch differenzielle Verstärkungstechnik Kooperation zwischen den Kindern entwickelt und aufrecht erhielt. In der Untersuchung von SEIBEL war mit 10-14-jährigen lernbehinderten Kindern ein Training in kooperativem Verhalten erfolgreich.

2.3. Therapiekonzept III: METHODENKOMBINATION

Dieses neu zusammengestellte Konzept (Abb. 1) umfaßt die im eher orthodoxen gesprächspsychotherapeutischen Konzept I aufgeführten Therapeutenmerkmale (dabei wird "Nichtlenkung" durch "Stimulation" ersetzt) und verhaltenstherapeutische Elemente aus Konzept II: Der methodenkombinierende Therapeut realisiert die Verhaltensmerkmale so (und bezieht die Stundeninhalte so mit ein), daß Wünsche und Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt werden können, und sich ausreichend viele Situationen ergeben, in denen die Kinder auf die Zielbereiche hin gefördert werden können. In Situationen, in denen sich eine Förderung der Kinder auf die Zielbereiche hin anbietet, nutzt der Therapeut die Methoden und Techniken der Verhaltensmodifikation auf der Basis seiner klientenzentrierten Haltung, um eine Veränderung in Richtung auf die erwünschten Verhaltensweisen in Gang zu setzen.

Bei diesem problemspezifischen Methodeneinsatz behält die klientenzentrierte Therapie ihren Stellenwert, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Aufarbeitung der bei den verhaltensmodifikatorischen Schritten gewonnenen Erkenntnisse und der damit verbundenen emotionalen Erlebnisinhalte der Kinder auf der Ebene der Verbalisation. Sie wird durch die verhaltenstherapeutischen Elemente ergänzt, wenn im Hinblick auf die Gesamtzielbestimmung der Therapie Defizite "in der Handlungsplanung, Handlungsausführung und Handlungskontrolle deutlich werden, Mängel also, die den Einsatz konkreter Aneignungsverfahren anzeigen" (ZOEKE u.a., 1977, S. 125).

Da die einzelnen Elemente dieses methodenbominierten Konzepts bereits bei der Beschreibung der eher orthodoxen Ursprungskonzepte aufgeführt wurden, wird im folgenden auf die für die Methodenkombination spezifischen Punkte eingegangen; das Hauptgewicht bei der Beschreibung dieses Therapiekonzeptes liegt auf der Beschreibung der "neuen" Variablen "Stimulation" in Richtung auf die Zielbereiche.

STIMULATION:

Darunter werden alle gezielten Versuche des Therapeuten gefaßt, im Sinne der Zielbereiche definiertes, erwünschtes Kinderverhalten anzuregen; dabei bleibt jedem Kind die Entscheidung überlassen, die Anregungen zu prüfen, nach eigenen Vorstellungen zu modifizieren oder auch ganz fallenzulassen oder durch eigene zu ersetzen.

Nach A. TAUSCH hat die Aktivität des Therapeuten stimulierenden Charakter in einem hohen Ausmaß, wenn er Anregungen gibt, Angebote macht und Alternativvorschläge bietet (TAUSCH, A., 1973, S. 82).

Die Hauptakzente dieses Therapeutenmerkmals liegen auf

- a) Strukturierungshilfen (Konfliktbeachtung, indirekte Reizkontrolle, Modellvorgabe, Transferanleitung ...)
- b) Rückmeldung
- c) Reflexion von Gefühlen und Problemlöseverhalten.

zu a)

Als Strukturierungshilfen dienen alle handlungsunterstützenden therapeutischen Interventionen wie das Anbieten von geeignetem Material, Aufmerksammachen auf mögliche Schwierigkeiten, schrittweises Anbieten von Lösungsmöglichkeiten, Erinnerungen z.B. an eine zunächst geplante Aktion sowie die Akzentuierung einer Situation, indem z.B. die Aufmerksamkeit auf Konflikte zentriert wird. Konfliktbeachtungen signalisiert den Wechsel von reflektierender zu aktiv eingreifender Rolle des Therapeuten, wobei wesentlich ist, daß diese Hilfen in jedem Fall nur als Angebote an das Kind betrachtet werden, die ihm weitgehend die Freiheit zur Entscheidung überlassen, wie es sich verhalten will. Ohne diese permissive Grundhaltung aufzugeben, soll der Therapeut dem Kind helfen, die Wahrnehmung seiner selbst und seiner Umgebung zu strukturieren und sein Handeln in Richtung auf erwünschtes Verhalten zu steuern. Das Kind wird bei der Bearbeitung seiner Probleme gestützt durch behutsame und "indirekte Reizkontrolle" (SCHMIDTCHEN, 1976, S. 39), so daß das Kind das Gefühl der Selbstlenkung nicht verliert, andererseits aber therapeutisch wirksame Formung und Veränderung der innerhalb der Kindergruppe erlebten (bzw. aktualisierten) Erlebens- und Verhaltensschwierigkeiten möglich wird. Zur Strukturierung gehören auch transfervorbereitende Anleitungen: emotionale Erfahrungen und Einsichten werden unmittelbar in Verhalten umgesetzt, korrigiert und versucht, auf die Lebensbereiche des Kindes zu übertragen.

zu b)

Sofortige, im Sinne der Zielbereiche dosierte Rückmeldungen (z.B. zum Ausdrucksverhalten ...) fördern das Bewußtsein des Kindes für sein eigenes Verhalten, unterstützen Aufmerksamkeit und Konzentration. Durch die Auswahl der Rückmeldungen wird dem Kind geholfen, zielgerichtetes Verhalten zu differenzieren.

zu c)

Die Modifikationstechnik "Reflexion von Gefühlen und Problemlöseverhalten" (SCHMIDTCHEN, 1974, S. 62) setzt am Emotional- und problemorientierten Verbal- und Aktionalverhalten des Kindes an. Dieses Element der Methodenkombination beinhaltet ein selektives Wahrnehmen und Herausgreifen der wesentlichen Zielverhaltensweisen des Kindes. Dabei sollte die Reflexion momentzentriert, kurz und möglichst bildhaft sein.

Wesentlich für das methodenkombinierende Konzept ist, daß der Therapeut in der Lage ist, durch konsistente Benutzung der verhaltensmodifizierenden Techniken adäquat und sicher auf alle möglichen Zwischenfälle in der Gruppentherapie und auf jede Form des angebotenen Konfliktstoffes von Seiten der Kinder zu reagieren, ohne dabei die an der Gesamtperson orientierte, kindzentrierte Atmosphäre der Freundlichkeit, Akzeptierung und Partnerschaft zu verlassen.

Operationalisierung: Stimulation:

- der Therapeut regt die Beteiligten an, ihre Sichtweise und ihre Gefühle auszusprechen;
- er fragt die Nichtbeteiligten nach ihren Beobachtungen;
- er stellt modellhaft eigene Alternativen dar;
- der Therapeut läßt neue Konflikttechniken, Kooperationsmöglichkeiten spielerisch ausprobieren;
- er regt die Kinder durchgehend dazu an, ihre Therapieerfahrungen auf ihren Lebensbereich zu übertragen;
- er regt die Kinder zur Beobachtung und Rückmeldung von nonverbalen Signalen an;
- er reduziert komplexe Situationen auf einfache;
- er fordert auf, etwas zu wiederholen und zu argumentieren.

Beispiel: Kategorie zur Verhaltensstimulierung:

- Kommunikationskanal: verbales Verhalten: hierunter sollen alle Stellungnahmen des Therapeuten verstanden werden, mit denen er durch den Einsatz von direkten oder indirekten Fragen das Kind anregt, darüber nachzudenken, welche inneren Prozesse in anderen Personen ablaufen.

Beobachtungsrichtlinien: - Der Therapeut fragt das Kind nach Vorgängen, die in einer bestimmten Situation im Therapeuten oder in einer anderen Person ablaufen oder ablaufen könnten.

Beispiel: Kind: "Den Norbert verhaue ich immer, der braucht das."

Therapeut: "Ob Norbert auch meint, daß er Deine Schläge braucht?"

- Der Therapeut bittet das Kind, sich in die Rolle eines anderen zu versetzen.

Beispiel: Kind: "Den Norbert verhaue ich immer, der braucht das."

Therapeut: "Was meinst Du, wie Du Dich fühlen würdest, wenn Du von jemanden verhaue wirst?"

(KAATZ/SCHMIDTCHEN, 1976, S. 78)

Weiteres Beispiel: Kategorie zur Verhaltensstimulierung:

Modell geben - Kommunikationskanal: verbales und nicht verbales Verhalten. Unter Modell geben sollen alle Therapeutenverhaltensweisen verstanden werden, mit denen er dem Kind ein wünschenswertes Verhalten (Zielverhalten) zeigt. Dieses demonstrierte Verhalten kann aus Hinweisen für eine effektive zwischenmenschliche Kommunikation bestehen oder aus Lösungsstrategien zur Bewältigung der verschiedensten Probleme.

Beobachtungsrichtlinien: - Der Therapeut erklärt, welche Gefühls- und Denkprozesse in ihm in einer bestimmten Situation entstehen und ablaufen.

Beispiel: Kind: "Das macht nichts, wenn meine Mutter schimpft."

Therapeut: "Wenn ich mir überlege, wie ich an Deiner Stelle reagieren würde, wenn meine Mutter mit mir schimpft, so wäre ich sehr wütend oder ziemlich traurig, daß sie immer auf mir herumhackt."

- Der Therapeut äußert oder zeigt Gefühle, die dem Kind unbekannt sind oder die dieses nicht zu äußern wagt.

Wirksamkeit der kombinierten Elemente:

Zur Frage der Kombinierbarkeit von Strukturierung - die durch das "Prinzip des Begrenzens deutlich wird - mit der Grundhaltung der unbedingten Annahme und Wertschätzung, die besonders im methodenkombinierenden Konzept als "kritische Punkte" für den Therapeuten auftreten können, ist nach GOETZE/JAEDE (1978, S. 2432) wichtig: "Beim Therapeuten als auch beim Kind darf es nicht zu Inkongruenzen in Form von Bedrohungen oder Schuldgefühlen kommen." Die Aktivität des Therapeuten in Richtung Grenzsetzung und Stimulation der Zielver-

haltensweisen stellen die "Verankerung der Therapie in der Welt der Wirklichkeit" dar.

Insofern ist die Kindergruppensituation besonders geeignet, optimale Bedingungen für das Wirksamwerden dieser therapeutischen Wirkfaktoren herzustellen. Sie erlaubt es, ziemlich realistische Übungssituationen herzustellen, vervielfältigt die Möglichkeiten der Modellvorgabe und bietet als unmittelbare Erlebnisgrundlage die Erfahrungen und Verstärkungsmöglichkeiten für den Ausdruck intensiver Gefühle sowie Verhalten im Sinne der anderen Zielbereiche. Die Möglichkeit, persönliche konfliktreiche Erfahrungen auszutauschen und mit Hilfe der Strukturierungen durch den Therapeuten die günstigsten Lernbedingungen in einer Atmosphäre der Akzeptierung und des Verständnisses zu erfahren.

Aus den bisherigen Untersuchungen zur Wirksamkeit einzelner Modifikationselemente unterschiedlicher therapeutischer Schulen lassen sich nach JELINEK u.a.

(1976, S. 45) keine konkreten Anhaltspunkte über die Auswahl und Kombination bzw. die Kontraindikation (d.h. sich widersprechende oder sich gegenseitig ausschließende Therapieelemente) machen. Hierbei sehen die Autoren Grenzen der Anwendung verschiedener Modifikationselemente (gleichzeitig oder aufeinanderfolgend) durch die Kapazität des Therapeuten sowie durch die Einengung durch ausgewählte Therapieziele.

Dem methodenkombinierenden Konzept liegt die Annahme zugrunde, daß sich gesprächspsychotherapeutische/verhaltenstherapeutische Modifikationselemente gleichsam als Einzelelemente oder Bausteine betrachten lassen, deren Abfolge entgegen der "phasischen Konzeption" (vgl. S. 34) nicht von vornherein festgelegt ist. Der methodenkombinierende Therapeut entscheidet aufgrund der Veränderungsziele, des definierten Stadiums der Therapie (Stundeninhalte), welche Bausteine des "Breitband-Behandlungskonzeptes" (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 2470) einzusetzen sind.

Durch das methodenkombinierende Therapiekonzept (analog den GPT/VT-Therapiekonzepten ist das "Behandlungspaket" für die lernbehinderten Sonderschüler und ihre Problematik global festgelegt. Der einzelne Therapeut

hat die Aufgabe, besonders die Verknüpfung der Interventionselemente, den Zeitpunkt ihres Einsatzes zu bestimmen. Hierbei ist nach BOMMERT/PLESSEN (1978, S. 152) zu berücksichtigen, daß die Entscheidung für ein bestimmtes Modifikationselement zur Zielerreichung beim heutigen Kenntnisstand oftmals nicht empirisch voll abgesichert werden kann, sondern aus theoretischen Überlegungen und Analogieschlüssen abgeleitet werden muß.

Es läßt sich dabei beim heutigen Kenntnisstand nicht abschätzen, welcher Faktor beim kombinierten Vorgehen entscheidend für die Erreichung einer bestimmten Veränderung ist.

3. UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE

Zur Überprüfung der Therapieeffekte und zur Erfassung des Therapieprozesses der drei Konzepte im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit werden verbal-subjektive Selbst- und Fremdeinschätzungen (Fragebögen und Tests) sowie Verfahren zur systematischen Einschätzung und Messung der Verhaltensmerkmale von Therapeuten und Schülern (Ratingskalen) eingesetzt.

Als Auswahlkriterien für die benutzten Meßinstrumente galten:

- Erfassung des Grades an psychischer Beeinträchtigung der Schüler
- Aussagen über therapiebedingte Veränderungen
- möglichst umfassende Kennzeichnung des psychosozialen Status der Lernbehinderten
- "Bewährtheit" in der Kinder- und Jugendlichenbehandlung
- Berücksichtigung der Besonderheiten der Zielgruppe (leichte Ermüdbarkeit, geringe Motivation zur Testung, eingeschränkte Schreib- und Lesefähigkeit...).

Bei der Erfassung der Veränderungsbereiche, die durch die Zielbereiche abgesteckt sind und bei der Auswahl adäquater Meßinstrumente für diese Zielgruppe ist die Frage der Veränderungsmessung und die Anwendung der diagnostischen Verfahren bei dieser speziellen Zielgruppe problematisch. Der allgemeine - auch in der Erwachsenenpsychotherapie vorhandene - Mangel an reliablen und validen Tests und das Dilemma der Veränderungsmessung beim heutigen Forschungsstand soll an dieser Stelle nicht eigens aufgeführt werden (vgl. BASTINE, 1970; HARTIG, 1975; PETERMANN, 1977).

In der Diagnostik und Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen existieren bislang keine "Veränderungsfragebögen". Ebenso fehlen Tests zur Erfassung wesentlicher Persönlichkeitsmerkmale in der sonderpädagogischen Diagnostik (KLEBER, 1973). Somit beschränkte sich die Auswahl der Meßinstrumente auf die bereits bei lernbehinderten Sonderschülern angewandten (BOMMERT u.a., 1975) Persönlichkeitsfragebögen HANES und SET,

auf den AFS sowie selbstkonstruiert: Milieufragebogen, Nachuntersuchungsfragebogen und Schülerfragebogen. Zusammen mit den therapiebegleitenden Meßinstrumenten (Therapieprotokolle des Therapeuten, Tonbandaufnahmen, Therapeutenfragebogen) wird durch diese Kombination von Kontrollmaßnahmen der Forderung nach zuverlässiger und gültiger Messung im Rahmen der Möglichkeiten dieser Arbeit noch am ehesten entsprochen.

Auf das Problem der Anwendung dieser Meßmittel bei unserer Zielgruppe (vgl. II. B. 3.3.), besonders auf den Einfluß der Sozialschichtenzugehörigkeit (vgl. WITTIG, 1975) wird durch Modifikation der Testsituation eingegangen.

So wird z.B. auf Angst, geringe Motivation, geringe Lesefähigkeit, leichte Ablenkbarkeit ... durch individuelle Betreuung durch mehrere Testleiter Rücksicht genommen. Nach KORNMAN (1972) schneiden lernbehinderte Sonderschüler bei Gruppentestungen schlechter ab als bei der Einzeltestung im Vergleich zu nicht lernbehinderten Grundschulern.

Auf die verminderte sprachliche Leistungsfähigkeit der LSS wird durch eine sprachlich einfache und motivierende Standardinstruktion und zusätzliche Erklärungen (bzw. Umformulierungen) abstrakt formulierter, komplexer Testitems geachtet.

3.1. Zu den einzelnen Meßinstrumenten:

a) Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES, KJ, 1975):

Dieser standardisierte Fragebogen erfaßt durch die Methode der Selbstbeschreibung die Persönlichkeitsdimensionen "Neurotizismus" (bzw. "emotionale Labilität") und "Extraversion-Introversion" bei Kindern und Jugendlichen der Altersstufen 8;0-17;11.

"Neurotizismus", wie er sich in diesem Fragebogen manifestiert, schreibt sich jemand in umso höherem Maße zu, je mehr er sich die folgenden Persönlichkeitszüge bzw. Symptome zuschreibt: Insuffizienzgefühle, verborgen mit sozialer Empfindlichkeit und Verletzbarkeit,

Neigung zu Tagträumen und Grübeleien, verstärkte Neigung zu Stimmungsschwankungen, vor allem zu depressiven Verstimmungen, Sorgen um die eigene Gesundheit, Angst vor zukünftigen Ereignissen, innere Ruhe und "Nervösität", Erregbarkeit, Einschlafstörungen, häufige Müdigkeit und Abgespanntheit, Neigung zu Kopfschmerzen.

Die Persönlichkeitsdimension "Extraversion" schreibt sich jemand umso mehr zu, je mehr er bejaht: Freude an der Gesellschaft anderer, Bedürfnis nach und Fähigkeit zu regem, eher heiter akzentuiertem Kontakt mit anderen Menschen ("Geselligkeit"), Lebhaftigkeit, Erlebnisdrang, Unternehmungslust und Unbeschwertheit (Aktivität) (vgl. Testhandbuch HANES).

Der Gesamt-Fragebogen (68 Items) besteht aus folgenden Skalen:

1. Neurotizismus-Skala mit 40 Items, die in zwei nach Trennschärfen und Schwierigkeiten der Items bzw. nach Mittelwerten und Streuungen parallelisierte Halbskalen geteilt werden kann.
2. Extraversions-Skala von 16 Items mit den Unterskalen "Geselligkeit" und "Aktivität".
3. Lügen-Skala von 12 Items, die indirekt die Bereitschaft zur Darlegung der eigenen psychischen Verfassung erfassen.

Beispielsitems: "Bist du meistens unbeschwert und gut aufgelegt?" "Bekümmert es dich sehr, wenn dir eine Bitte abgeschlagen wird?" "Fühlst du dich oft ohne ersichtlichen Grund müde und abgespannt?" Umformulierung von Items: Bei der Untersuchung von BOMMERT u.a. (1975) hatten Verständnisschwierigkeiten zu Neuformulierungen einzelner Items geführt. So werden die o.g. Items umformuliert in: "Bist du meistens fröhlich?" "Bist du sehr traurig, wenn du etwas nicht bekommst, was du dir gewünscht hast?" "Fühlst du dich oft müde und schlapp und weißt nicht woher das kommt?"

Die geänderten Items wurden den Kindern in der ursprünglichen und der modifizierten Form (Testleiterinstruktion: "Dafür kann man auch sagen: "...") vorgelesen. (Die geänderten Formulierungen finden sich im Anhang).

b) Gruppentest für die soziale Einstellung (S-E-T: JOERGER, 1973):

Der Anwendungsbereich dieses Gruppentests liegt zwischen 8-15 Jahren. Er umfaßt 16 Aufgaben, bei denen jeweils durch ein Bild mit einer bestimmten Überschrift eine soziale Situation gekennzeichnet wird. Die Schü-

ler sollen aus vier vorgegebenen Antworten diejenige heraussuchen, die in der betreffenden Situation von der Versuchsperson als die wahrscheinlichste empfunden wird.

Bei den Auswertungskategorien beschränkt sich diese Untersuchung auf die beiden quantitativen Skalen "soziale Erwünschtheit" (SE) und "soziale Reife" (SR).

Ein hoher Wert auf der Skala soziale Erwünschtheit besagt, daß ein Proband sein Verhalten an die Normen und Forderungen seiner Umwelt ausrichtet.

"Soziale Reife" definiert der Autor als "dasjenige Verhaltensmuster, das mit zunehmendem Alter der Versuchspersonen einen höheren Ausprägungsgrad erreicht", etwa eine zunehmende "Selbstbestimmung" der Person, eine wachsende Eigenständigkeit der Meinungen und Einstellungen, ein immer mehr Freiwerden von der Abhängigkeit von überkommenen Meinungen und Regeln der Erwachsenenwelt oder auch der Gleichaltrigen in der Gruppe. Somit wird hier weniger Kompetenz des Sozialverhaltens im Sinne kommunikativer Geschicklichkeit und Durchsetzungsfähigkeit gemeint, als vielmehr den entwicklungspsychologischen Reifegrad von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Gleichaltrigen (Testhandbuch SET).

c) Angstfragebogen für Schüler (AFS) von NICKEL u.a. (1974)

Der AFS ist ein mehrfaktorieller Fragebogen, der in 50 Items, die mit "stimmt" oder "stimmt nicht" beantwortet werden mit insgesamt vier Skalen: Prüfungsangst, manifeste Angst, Schulunlust und soziale Erwünschtheit aufgeteilt ist.

Die Skala Prüfungsangst beschreibt Gefühle der Unzulänglichkeit und Hilfslosigkeit in schulischen Prüfungssituationen sowie Angst vor einem Leistungsversagen. Beispiel: "Ich mache mir oft Sorgen, ob ich auch versetzt werde."

Die Skala manifeste Angst enthält Items, die auf allgemeine Angstsymptome wie Herzklopfen, Nervosität, Konzentrationsstörungen sowie auf Furchtsamkeit und ein reduziertes Selbstvertrauen eingehen. Beispiel: "Manchmal ist mir ganz wirr im Kopf."

Die Skala Schulunlust erfaßt die innere Abkehr gegen die Schule und einen durch unlustvolle Erfahrungen bewirkten Motivationsabfall gegenüber unterrichtlichen Gegenständen. Beispiel: "Es ist doch schön, wieder zur Schule gehen zu können, auch wenn die Ferien noch so angenehm waren."

Die Skala soziale Erwünschtheit kann interpretiert werden als "Ängstlichkeit, von der sozialen Norm abzuweichen". Bei hohen Werten läßt sich vielfach eine Neigung

zu Verstellung erkennen, sich im Sinne der sozialen Erwünschtheit darzustellen. Dies sollte bei der Interpretation der anderen Skalen berücksichtigt werden. Beispiel: "Ich bin immer artig."

Die Re-test-reliabilitätskoeffizienten bewegen sich zwischen 73 und 76. Die Testautoren betonen die Eignung des AFS, Effekte eines unterschiedlichen Lehrerverhaltens auf emotionale Erfahrungen bei Schülern zu erfassen. In zwei empirischen Untersuchungen hatte sich der AFS sensitiv gegenüber Änderungen des Angstniveaus von Schülern gezeigt.

d) Schülerfragebogen (S-F-B):

zur Erfassung der spezifischen Probleme im Erleben und Verhalten lernbehinderter Kinder - die auch Hinweise auf inhaltliche Gestaltung des Therapieprogramms geben- sowie der Veränderung spezifischer Probleme, die von den herkömmlichen Persönlichkeitsfragebogen nicht erfaßt werden, wurde ein Fragebogen für diese Untersuchung konstruiert. Eine ausführliche Darstellung der Entwicklung der insgesamt 41 Items und deren Überprüfung besonders hinsichtlich der Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Formulierungen und äußeren Gestaltung in Vorversuchen bei lernbehinderten Sonderschülern in Recklinghausen findet sich bei JELINEK u.a. (1976, S. 192-197).

Der Schülerfragebogen umfaßt vier Bereiche der persönlichen, familiären und schulischen Situation lernbehinderter Sonderschüler: "über sich selbst", "Soziales", "Familie", "Schule". Die hauptsächlichen Quellen sind: "Problemfragebogen für Jugendliche" (SÜLLWOLD/BERG, 1967), "Kinderfragebogen" (KEMMLER, 1967), "Bedürfniserhebungsfragebogen" (HEINER, 1974) und der "Kinderfragebogen" von BOMMERT u.a. (1975), der besonders die Bereiche: emotionale Einstellung zum Elternhaus und zur Schule, allgemeine emotionale Befindlichkeit und Leistungsmotivation erfaßt (GOGOLLA, 1974, S. 29). Die drei Antwortalternativen "stimmt" - "stimmt manchmal", "stimmt nicht" sind nach jeder Frage durch graphische Symbole verdeutlicht (s. Anhang).

Beispielitems: "Die anderen stoßen mich aus und lassen mich nicht mitmachen"; "Die anderen sagen Sonderschüler zu mir"; "Es tut mir weh, wenn jemand "Doofenschule" zur Sonderschule sagt"; "Manchmal möchte ich am liebsten von zu Hause weglaufen".

e) Milieufragebogen (M -F-B)

Da für diese Untersuchung keine Genehmigung gegeben wurde, aufgrund der Daten in den Schülerakten oder einer direkten Elternbefragung Aufschlüsse über die sozio-ökonomische Situation unserer Zielgruppe zu erhalten, wurde während der Nachtestung durch 17 Fragen an die Lernbehinderten eine grobe Einschätzung der Milieubelastung vorgenommen.

Dies diente zur möglichst detaillierten Kennzeichnung und Feststellung der Repräsentativität der Stichprobe im Bezug auf Vergleichbarkeit mit anderen empirischen Untersuchungen bei Lernbehinderten. Die entscheidende Rolle der Milieubelastung (vgl. II. A. 2.2.1.) für die soziale Benachteiligung dieser Kinder, die sich in den Inhalten und Problemen der Therapiestunden deutlich zeigte, erfordert m.E. eine differenziertere Erfassung, Ausweitung der Modifikationsmaßnahmen auf die konkrete Umgebung der Klienten, die im Rahmen dieser Untersuchung nicht möglich war.

Während der Nachtestung wurde dieser Milieufragebogen zur Wohn- und Familiensituation, zur bisherigen Schullaufbahn des Kindes und zur Ausbildung und Berufstätigkeit der Eltern vorgegeben. Die Items wurden in Anlehnung an THALMANN (1971) und PROBST (1974) konstruiert. Beispiele: Wieviel Personen wohnen bei euch in der Wohnung? Wer schläft bei dir noch im Zimmer? In wievielen Schulen warst du bis jetzt? (Die vollständige Fassung des Milieufragebogens s. Anhang).

g) Nachuntersuchungsfragebogen für die Schüler (vgl. DEINZER, 1979, s. Anhang)

Dieses nicht-standardisierte, selbstkonstruierte Nachbefragungsinstrument für die lernbehinderten würde - angelehnt an ein Nachbefragungsinterview von SCHMIDTCHEN (1975, S. 23 ff) - aufgestellt.

Die Items beziehen sich auf die sechs Monate zurückliegenden Therapiestunden und sollen Eindrücke, Meinungen der Kinder zu den Therapeuten, zum Therapieprogramm, den Therapiezielen und Behandlungseffekten aus der Sicht der Lernbehinderten erfassen.

3.2. Therapiebegleitende Kontrollmaßnahmen:

a) Therapieprotokollbogen für Therapeuten:

Nach jeder Therapiestunde protokolliert der Therapeut anhand eines standardisierten Therapieprotokollbogens. Er wurde nach GOETZE/JAEDE (1974, S. 190) - (in Anlehnung an ECKERT/SCHWARTZ (1971) - von der einzeltherapeutischen auf die gruppentherapeutische Situation hin von uns modifiziert.

Dieses Verfahren gehört zu den subjektiven "Beurteilungsdaten", die wegen ihrer globalen und komplexen Form quantitativ ausgewertet wurden. Gerade der Nachteil von subjektiven Verfahren, die Anfälligkeit gegenüber kurzfristigen Stimmungsschwankungen, Veränderungen im Erleben, Sensibilität für Situationsvariablen, sollen in diesem Fall Auskünfte über subjektiv erlebte Schwierigkeiten und Anforderungen des Therapeuten geben. Dieser Fragebogen bezieht die gruppentherapeutische Situation, z.B. "in Außenseiterposition waren heute folgende Kinder: ..." mit ein.

Zur Beurteilung der Themenangebote und Spielmaterialien des für die Lernbehinderten entwickelten Therapieprogramms (auch im Hinblick auf die Auswahl für die Nachuntersuchung) bewerten die Therapeuten für jede Stunde den Stellenwert dieser die Therapie unterstützenden Maßnahmen.

Da innerhalb dieser Untersuchung keine Verhaltensbeobachtung möglich war, stellt das Therapieprotokoll die einzige Möglichkeit dar, auf direktem Wege Informationen über das Verhalten der Kinder während des Therapiezeitraumes zu erhalten, das nicht durch Tonbandaufnahmen erfaßt ist. (z.B.: Folgende Kinder waren heute motorisch sehr unruhig: ... Folgende Kinder suchten sich heute Konflikten zu entziehen: ...) Die

Therapieprotokolle dienten auch zur Demonstration des Verlaufs und eventueller Schwierigkeiten der Therapie- stunde neben Tonbandaufnahmen in der wöchentlichen Supervisionssitzung.

b) Ratingskalen:

Zur statistisch verwertbaren systematischen Beobach- tung und Messung der Verhaltensmerkmale von Therapeuten und Schülern wurden insgesamt sieben Ratingskalen be- nutzt.

Nach HELM (1974) besteht die Aufgabe von Skalen in der empirischen Psychotherapieforschung darin, "die in einer therapeutischen Kommunikation enthaltenen rele- vanten Variablen so zu erfassen, daß sie quantitativ ausgedrückt werden können" (S. 142).

Zwei dieser Skalen (VEE, SE) wurden aus der Untersu- chung mit Lernbehinderten (GOGOLLA, 1974) übernommen, die übrigen Schätzskalen wurden als fünfstufige, uni- polare, numerische Skalen für "konzeptorientiertes Rating" (LANGER/SCHULZ v. THUN, 1974) auf Ordinalskalen -Niveau konstruiert.

Die bereits in der Darstellung der Therapiekonzepte dieser Untersuchung beschriebenen, Überwiegend das verbale Verhalten der Therapeuten und Kinder erfassen- de skalierte Verhaltensmerkmale sind: Therapeutenver- haltensmerkmale: STIMULATION, AKZEPTIERUNG, VERBALE VERSTÄRKUNG;

Schülerverhaltensmerkmale: KOOPERATIONSVERHALTEN, SELBSTEXPLORATION, KONFLIKTLÖSEVERHALTEN.

3.3. Probleme der Datenerhebung:

Die Frage nach der Art von angemessenen Meßinstrumen- ten und ihrer Funktion als Instrumente zur Effektivitätsmessung berührt die Diskussion über Effektivität- und Prozeßforschung als grundlegenden Forschungsge- sichtspunkt (BASTINE, 1970; HARTIG, 1975; HELM, 1972; KIESLER, 1966; BOMMERT, 1977). Diese Autoren weisen

immer dringlicher darauf hin, daß eine Trennung dieser beiden Forschungsansätze in Erfolgs- und Prozeßforschung eine künstliche, "letztlich willkürliche und unzutreffende" (BOMMERT, 1977, S. 129) Unterscheidung sei.

Nach BASTINE (1970, S. 526) umfaßt Erfolgsforschung "im engeren Sinne Veränderungen des Patienten zwischen Beginn und Ende der Therapie (meist als Prä-Post-Design), während unter Prozeßforschung die ausschließliche Erhebung der Variablen des Therapeuten- und Klientenverhaltens innerhalb der therapeutischen Situation sowie die Messung der Interaktion zwischen Therapeut und Klient verstanden wird.

"Reine" Effektivitätsstudien werden wegen ihrer Annahme der Uniformität des Modifikator-Verhaltens kritisiert, sie berücksichtigen nicht die Vielfalt des therapeutischen Geschehens, geben keinen Aufschluß über den Verlauf der Besserung oder Richtungsänderungen im Therapieprozeß.

"Reine" Prozeßforschung dagegen gilt nach FRANKE (1978, S. 82) als gänzlich irrelevant, da die Bedeutsamkeit der beobachteten Prozeßmerkmale nur dann erschlossen werden kann, wenn diese mit den Erfolgskriterien in Bezug gesetzt werden.

HELM (1972, S. 36) fordert demzufolge eine Parallelisierung von Effektivitäts- und Prozeßforschung: es müßten die Variablen des Therapeuten- und Klientenverhaltens erfaßt und mit den Ergebnisvariablen in Beziehung gesetzt werden.

In dieser Untersuchung geschieht die Überprüfung der Effektivität des methodenkombinierten Therapiekonzepts durch ausgewählte Erfolgskriterien (positive/negative Veränderungen ausgehend von den Normen der psychodiagnostischen Verfahren) durch Mehr-Punkte-Erhebung im Zusammenhang mit dem Verlauf der Therapieprozesse zwischen den Meßzeitpunkten (Veränderung der relevanten Therapeuten-Schülervariablen). Der Forderung nach "prozeßbezogener Effektivitätsforschung" wird bei der Auswertung Rechnung getragen, indem Prozeß- und Effektivitätsvariablen in Beziehung zueinander gesetzt werden.

Die Fehlerquellen sozialpsychologischer Art, auf die HARTIG (1975, S. 51) hinweist: In die Testreaktionen können eine Vielzahl unkontrollierter Faktoren einfließen, z.B. Beantwortung der Fragen unter dem Aspekt der sozialen Erwünschtheit, Unterschiede in der Bereitschaft oder Fähigkeit, das eigene Erleben differenziert zu beantworten, sind bei unserer Stichprobe besonders zu berücksichtigen. So weisen Autoren der sonderpädagogischen Diagnostik darauf hin, daß - Lernbehinderte gegenüber Grundschulern verlängerte Reaktionszeiten (PROBST, 1974, S. 45); - auf Störeffekte, die verhaltensauffällige Schüler bei Gruppentestungen verursachen; verminderte Testwilligkeit, starke Hemmungen, die entweder auf große Ängstlichkeit oder auf verdeckt aggressives Verhalten zurückgeführt werden können (KLEBER, 1973, S. 135): z.B. Forderung der "Ja - Nein-Entscheidung" beim HANES macht Schwierigkeit.

Laut Verordnung der Schulaufsichtsbehörde beim Regierungspräsidenten der Stadt Münster mußten die Therapiekontakte während der Schulzeit in den Schulgebäuden durchgeführt werden. Daraus ergaben sich eine Reihe von Beeinträchtigungen und Störungen: so wurden die Kinder z.T. aus für sie interessanten Unterrichtsstunden herausgenommen, die Therapiesitzungen wurden durch Pausenlärm oder andere Störungen unkontrollierbar beeinträchtigt. Es wurde nicht genehmigt, mit den ausgewählten Sonderschülern einen erneuten Intelligenztest durchzuführen, so daß das Kriterium: "Intelligenzwert über 80" nur auf den bei den Überweisungsverfahren ermittelten IQ-Werten (verschiedene Intelligenztestverfahren mit unterschiedlichen Standardabweichungen, Zeitpunkt der Testung lag unterschiedlich weit zurück) beruhen.

Im Verlauf der Untersuchung zeigte es sich, daß die Daten zum Zielbereich: Konfliktlöseverhalten für die statistische Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten, da in nur 45 % der für das Rating ausgewählten Tonbandsegmente Konflikte auftraten, die zusätzlich

durch schlechte Tonqualität, durch gleichzeitiges Sprechen mehrerer Kinder in den Konfliktsituationen gestört waren. Demzufolge war bei den ungenügend vorhandenen Daten die Re-Rate-Reliabilität (42) so gering, daß diese Daten zum Konfliktlöseverhalten in der weiteren Auswertung unberücksichtigt bleiben; dieser Zielbereich wird als Unterbereich des Zielverhaltens KOOPERATION im Folgenden angesehen.

Die Problematik der Nachuntersuchung:

Aufgabe einer Nachuntersuchung innerhalb dieser Gesamtuntersuchung wäre es:

- die Abschätzung der nach der Posttestung auftretenden Effekte, d.h. die Entwicklung der Behandlungseffekte nach Ablauf eines Nachuntersuchungszeitraumes festzuhalten, auszuwerten und in den Rahmen der Gesamtuntersuchung einzuordnen. Konkret hieße dies: z.B. Testwertvergleiche der Hauptuntersuchung (jeweils Vor- und Nachtestung) mit den Nachuntersuchungstestwerten;
- Überprüfung der Zeitstabilität des gelernten Zielverhaltens für einen längeren Zeitraum nach Absetzen der therapeutischen Intervention: z.B. Vergleich der Realisierung der Kinderverhaltensmerkmale Selbstexploration/Kooperation in der Hauptuntersuchung und Nachuntersuchung;
- die Feststellung, ob die Therapeutenverhaltensmerkmale auch ohne erneutes Training realisiert werden können: d.h. Vergleich der Realisierung der Therapeutenverhaltensmerkmale je nach Therapiekonzept in Haupt- und Nachuntersuchung.

Voraussetzungen für die Verwertbarkeit von Nachuntersuchungsergebnissen wären demnach:

- ein optimaler Zeitabstand zwischen Behandlungsphase und Nachuntersuchung:

Die ^{Frage} nach dem optimalen Zeitintervall ist bei dem heutigen Forschungsstand nur durch die Orientierung an Trends zu beantworten. So stellt HARTIG 1975 den

Trend zu sechsmonatigem Abstand fest; insgesamt liegen die Zeitabstände zwischen 10 Wochen und 4 Jahren.

*Vergleichbarkeit der in der Behandlungsphase stattfindenden Maßnahmen mit einer in der Nachuntersuchung vorgenommenen repräsentativen Stichprobe dieser Maßnahmen: dies sollte durch die Wiederholung einer Gruppentherapiestunde aus dem bereits durchgeführten Therapieprogramm (vgl. Anhang) sowie einer Auswahl der Tests der Hauptuntersuchung und einem Nachuntersuchungsfragebogen in einem der Hauptuntersuchung vergleichbaren Setting gewährleistet sein.

*erneute Motivierung der Klienten, hier: der Kinder bzw. ihrer Eltern/Heimleiter zu einer erneuten Therapiemaßnahme:

dieser Punkt erwies sich als äußerst problematisch: zur Benachrichtigung der Eltern über die geplante Nachuntersuchungsstunde waren nur die Adressen der Eltern zweier Schulen verfügbar, da der Rektor einer Schule die Adressen seiner Schüler nicht herausgeben wollte und zu einer Nachuntersuchung in der Schule nicht bereit war.

Somit konnten nur die Eltern/Heimleiter von 52 Kindern zu zwei alternativen Terminen angeschrieben werden.

Trotz zweier Anschreiben und telefonischer Nachfragen mit dem Angebot, mit den Eltern über die Mitarbeit ihrer Kinder in den Therapiestunden und über bisherige Ergebnisse der Untersuchung zu sprechen, lehnten viele Eltern das Abholen ihres Kindes zu der Nachuntersuchungsstunde ab. Da die Nachuntersuchungstermine kurz vor den Sommerferien lagen, kamen dazu organisatorische Schwierigkeiten: früheres Verreisen, bei den Heimkindern Gruppenveranstaltungen ...

Trotz des großen Aufwandes, um Kinder und Therapeuten für die Nachuntersuchung zu gewinnen, lagen nur die Zustimmung von 26 Kindern (bzw. Eltern/Heimleitern) und 7 Therapeuten (3 Gesprächstherapie/2 Verhaltenstherapie/2 Methodenkombination) vor.

Da die Kinder in der Hauptuntersuchung getrennt nach Schulen, Alter, IQ und Therapiekonzept auf homogene Gruppen verteilt waren, konnte diese Aufteilung durch die extreme Reduzierung der Stichprobe nicht aufrechterhalten werden und somit ist die Identität von Nach-

untersuchung und Behandlungsphase nicht gegeben.

Diese methodologischen Probleme waren somit mit dem bisher geleisteten ökonomischen und personellen Aufwand für die Nachuntersuchung gegenüber dem Informationswert der zu erwartenden Nachuntersuchungsergebnissen abzuwägen.

Da gerade in der Kindertherapieforschung Nachuntersuchungen weitgehend fehlen, wurde entschieden, die Nachuntersuchung trotz dieser Probleme weiterdurchzuführen und die Ergebnisse nicht im üblichen Sinne von Nachuntersuchungsergebnissen, sondern nur als ZUSATZERGEBNISSE mit ausgesprochenem Hinweischarakter für vergleichbare Untersuchungen zu sehen.

So wird im Folgenden mit Berücksichtigung dieser Einschränkungen unter NACHUNTERSUCHUNG verstanden:

Gruppentherapiestunde (Wiederholung einer Therapiestunde aus der Hauptuntersuchung) in neu zusammengesetzten, nach Therapiekonzepten aufgeteilten Gruppen zu 4 Kindern mit anschließender Testung in Einzelbetreuung mit HANES, KJ (2. Teil), AFS und Nachbefragungsbogen.

Damit ist möglich:

- qualitative Auswertung des Nachbefragungsbogens (vgl. DEINZER, 1979)
- Hinweise auf Realisierbarkeit des methodenkombinierten Therapeutenverhaltens nach 6 Monaten ohne erneutes Training im Vergleich zu dem orthodoxen Therapeutenverhalten;
- Hinweise auf Testwertveränderungen (Tendenzen, da nur sehr kleine Vergleichsgruppen der Nachuntersuchung vorhanden).

II.C. SPEZIFISCHE ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

1. Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchung wurde mit insgesamt 83 Schülern und Schülerinnen aus drei Schulen für Lernbehinderte der Stadt Münster (NRW) durchgeführt, für die nach einem zeitraubenden Genehmigungsverfahren der Schulaufsichtsbehörde, der Rektoren, Lehrer und Eltern das Einverständnis zur Testung und Therapie der Lernbehinderten vorlag. Diese Schüler und Schülerinnen erfüllten die Auslesekriterien: IQ über 80 und im Altersbereich zwischen 9 und 14 Jahren.

Diese Untersuchungsstichprobe wurde zur adäquaten Überprüfung der Hypothesen nach den Kriterien: Alter, Geschlecht und Schulzugehörigkeit in drei Behandlungsgruppen (klientenzentrierte, verhaltenstherapeutische und methodenkombinierende Gruppentherapie) und eine Fremd-Kontrollgruppe ohne Behandlung aufgeteilt.

Für die Hauptuntersuchung wurden diese drei Behandlungsgruppenblöcke nach den Kriterien: Klassenzugehörigkeit, Altersbereich, Geschlecht, Vortestwerte möglichst homogenen Therapiegruppen mit je vier Kindern zugewiesen. Somit bestanden in der Hauptuntersuchung an zwei Sonderschulen je fünf Therapiegruppen, an einer Sonderschule sechs Gruppen (vgl. JELINEK u.a., 1976, S. 178 ff).

Im Anhang finden sich die den drei Therapiekonzepten (Behandlungsbedingungen) zugeordneten Therapiegruppen mit Angabe von Code, Geschlecht, Alter und IQ jedes einzelnen Kindes sowie der Alters- und IQ-Mittelwerte für jede Therapiegruppe.

In der Nachuntersuchung reduzierte sich die Stichprobe u.a. fehlende Genehmigung für die gesamten Schüler und Schülerinnen einer Sonderschule auf N = 23 (Anhang: Vergleichstabelle der Haupt- und Nachuntersuchungsstichprobe nach Alter, IQ, Schulen).

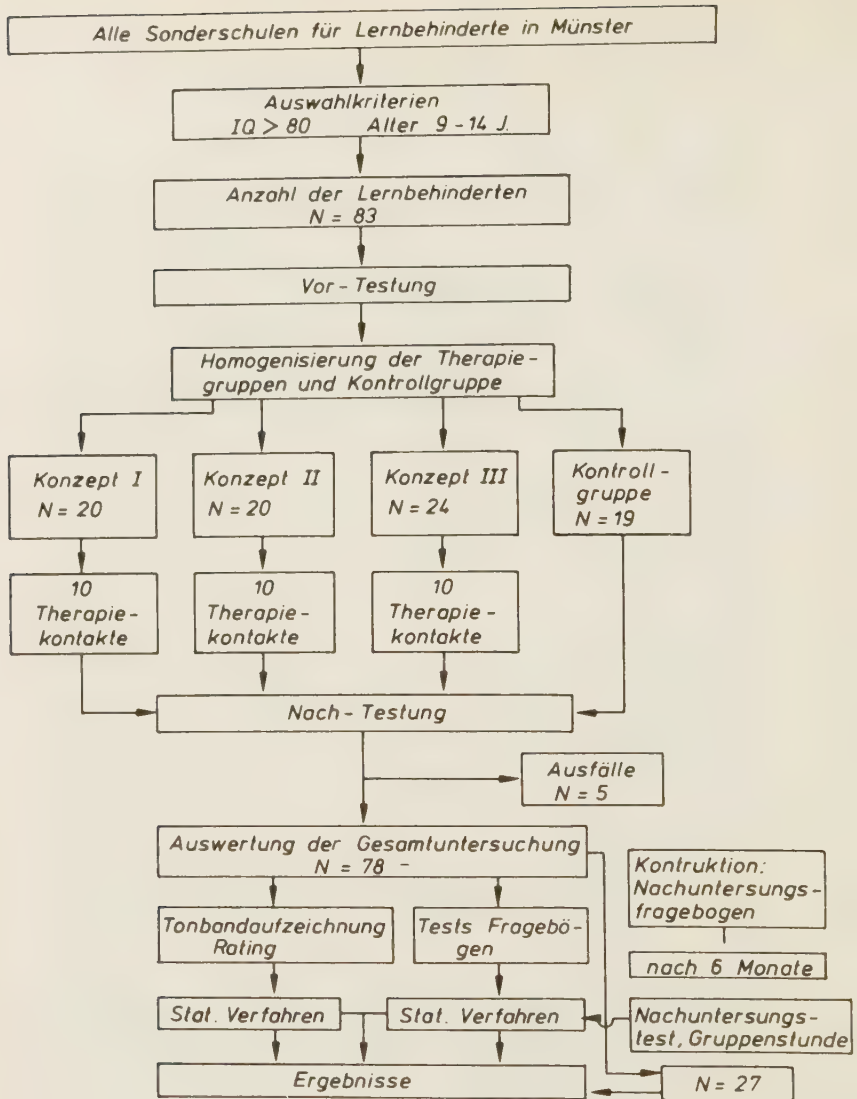


Abb. 1: Schema: Untersuchungsablauf: Haupt- und Nachuntersuchung

1.1. Untersuchungsstichprobe

Zur Charakterisierung der Stichprobe im Bezug auf sozio-ökonomische Daten und zur Überprüfung der Repräsentativität dieser Stichprobe für die Population der Lernbehinderten dienen die Daten des Milieufragebogens (Abb.1a: Überblick über sozio-ökonomische Daten der Lernbehinderten aufgrund des Milieufragebogens).

Abb.1a: Repräsentativität der Stichprobe:
Auswertung des Milieufragebogens

	Albert- Schweitzer- Schule	Brüder- Grimm- Schule	Uppen- berg- schule	Summe	Prozent
<u>Wohnungsart:</u>					
eigenes Haus	6	7	3	16	20,5 %
Etagenwohnung	16	16	18	50	64,2 %
Notwohnung	-	1	2	3	3,8 %
Heim	9	-	-	9	11,5 %
<u>Anzahl d. Personen</u> die in der Wohnung leben					
	5,26	5,29	6,56		
<u>Anzahl der Personen,</u> die im Zimmer des Kindes schlafen					
	2,11	2,20	2,56		
<u>Soziale Schicht⁺</u> des Vaterberufes:					
untere Mittelschicht	9	2	3	14	18,0 %
obere Unterschicht	8	5	4	17	21,8 %
untere Unterschicht	8	13	14	35	35,0 %
tot, geschieden etc.	6	4	2	12	15,4 %
<u>Soziale Schicht⁺</u>					
Hausfrau	13	14	10	37	47,4 %
untere Mittelschicht	5	3	1	9	11,5 %
obere Unterschicht	-	-	-	-	---
untere Unterschicht	9	6	10	25	32,1 %
<u>Ferien:</u>					
dieses oder letztes Jahr	24	10	9	43	55,1 %
schon lange nicht mehr	7	14	14	35	44,9 %
<u>Schularbeitenhilfe</u>					
nie	12	16	14	42	53,8 %
unregelmäßig	9	2	5	16	20,5 %
immer	10	6	4	20	25,6 %
<u>Anzahl der be-</u> <u>suchten Schulen</u>					
2	25	19	13	57	73,0 %
3	6	3	9	18	23,1 %
4	-	2	1	3	3,8 %

⁺ nach Schichtenindex BETHÄUSER, 1973, S. 33 f.

Aufgrund der Schätzung des Sozialstatus der Familie der Lernbehinderten aus dem Beruf des Vaters entstammen 78 % der Kinder aus der oberen und unteren Unterschicht. Bei 12 der 78 Kinder (15,4 %) lebt der Vater nicht bei der Familie (z.B. Scheidung, Tod ...). Zur Frage der beruflichen Tätigkeit der Mutter konnten 7 Kinder keine Angaben machen, von den anderen Müttern sind 47,8 % berufstätig und üben Tätigkeiten aus, die vorwiegend der unteren Mittelschicht angehören (z.B. vorwiegend Putzfrauen). Hinsichtlich der Wohnungsart ist auffällig, daß insgesamt 9 Kinder aus Kinderheimen und drei Kinder aus Obdachlosensiedlungen stammen.

1.2. Angaben zu den Testleitern/Therapeuten:

Die insgesamt acht Testleiter (5 männlich, 3 weiblich) in der Vor- und Nachtestung der Hauptuntersuchung waren Psychologiestudenten höherer Semester, die in einer Vorbereitungssitzung mit der standardisierten Testanleitung, den Testverfahren und Fragebögen vertraut gemacht wurden. Als Therapeuten meldeten sich 16 Psychologiestudenten im Examenstersemester (9 weiblich/7 männlich) mit abgeschlossener Gesprächspsychotherapie (10)- und Verhaltenstherapieausbildung (6). An der Nachuntersuchungstherapiestunde nahmen davon 7 Therapeuten (5 weiblich/2 männlich) teil.

Vor Beginn der Hauptuntersuchung fand ein zwei Tage dauerndes Therapeutentraining getrennt nach den drei Therapiekonzepten (6 Verhaltenstherapeuten, 5 Gesprächstherapeuten, 5 methodenkombinierende Therapeuten mit gesprächspsychotherapeutischer Ausbildung) statt. Die Versuchsleiter (4 Diplomanden) machten die Therapeuten mit dem jeweils operationalisierten Therapiekonzept, den Zielbereichen und den Kontrollbedingungen (Tonbandaufnahmen, standardisierte Therapiesituationen, Therapieprogramm mit Stundeninhalten) vertraut.

So soll zu Beginn jedes Therapiekontaktes der methodenkombinierende Therapeut klientenzentriert die bisherigen Erfahrungen mit den Therapiestunden, den einzelnen Therapieelementen und den Gruppenmitgliedern besprechen. Gemeinsam mit den Kindern arbeitet er die Schwierigkeiten heraus, die die Zielerreichung in der Gruppe, in der Klasse, zu Hause ... behindern können, dann erst werden weitere Angebote des Therapieprogramms gemacht.

Anhand von Rollenspielen, schriftlichen Übungen, Tonbandausschnitten aus Therapien mit Lernbehinderten (BOMMERT u.a. 1975) wurden die dem jeweiligen Therapiekonzept angemessenen Interventionen in der Gruppentherapie mit Lernbehinderten systematisch eingeübt. Die Ungeübtheit der Therapeuten hinsichtlich der Gruppentherapie mit Kindern und dem Umgang mit Lernbehinderten wurde dabei besonders berücksichtigt. Über den Therapiezeitraum hinweg fanden einmal wöchentlich Supervisionssitzungen in den bei dem Therapeutentraining gebildeten Therapeutengruppen statt.

1.3. Testung

Bei der Testung handelt es sich um eine Mehr-Punkte-Erhebung mit drei Zeitpunkten der Testvorgabe: Prä: vor Beginn der Therapie Ende September 1975, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen mit einer Testdauer von insgesamt 60-75 Minuten; Post: nach 10 Wochen Therapie Ende Dezember 1975, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen;

Nachuntersuchungstestung: Nach der Nachuntersuchungstherapie (Juli 1976) Dauer: 30-45 Minuten.

Die Vor- und Nachtestung der Hauptuntersuchung fand in den Sonderschulen statt; die Nachuntersuchung in den Spieltherapieräumen des Psychologischen Instituts.

Die Schüler wurden von je 2 Testleitern in Gruppen von ca. 10 Kindern getestet. Es wurde auf die individuelle Betreuung der Schüler z.B. bei Leseschwierigkeiten, Verständnisschwierigkeiten ... geachtet.

Angewandte Testverfahren: Prä: HANES, Teil I, SET, AFS, SFB. Post: HANES, Teil II, SET, AFS, SFB, MFB. Nachuntersuchung: HANES, Teil II, AFS, Nachuntersuchungsfragebogen.

1.4. Kontrolle des Therapieverlaufs:

Der Therapiezeitraum erstreckte sich über 10 Wochen, einmal wöchentlich fand eine Therapiestunde von 30-45 Minuten in den dafür zur Verfügung gestellten Räumen der Sonderschulen statt.

Bei den drei Therapiekonzepten wurden für die einzelnen Sitzungen die gleichen Angebote in Form eines Therapieprogramms vorgegeben, die entsprechend dem jeweiligen Konzept unterschiedlich durchgeführt wurden. Zur Vergleichbarkeit jeder dieser Stunden erhielten die Therapeuten dieselben standardisierten Anleitungen. Dabei wurden die Stundeninhalte und das Spielmaterial so ausgewählt, daß sie für die Kinder Aufforderungscharakter besitzen, die Phantasie und Kreativität anregen, zwischen verbalen und nonverbalen Aktivitäten sowie zwischen Gruppen- und Partnerübungen abwechseln sollten, z.B. ("Weinen, wüten, lachen"), "Helferspiel", "Kooperationsspiele". (s. Anhang: ausführliches Therapieprogramm und Anregungen über didaktische Ziele und Verbindung zu den Zielbereichen).

Zum Training des Umgangs mit eigenen und fremden Gefühlen wird in der zweiten Therapiestunde das Bildmaterial "Weinen, Wüten, Lachen" (TAUSCH u.a., 1975) eingesetzt: Die Kinder haben ausgewählte großformatige Fotos vor sich liegen, die Gesichter von verschiedenen Personen mit starkem gefühlsmäßigem Ausdruck zeigen (Angst, Schreck, Zorn, Freude, Wut, Neugier, beleidigt sein, Trauer, Schmerz, Überraschung ...). Die Kinder haben die Möglichkeit, sich mit einer Person oder einem Gefühl auseinanderzusetzen, dabei eigene Erlebnisse und Gefühle zur Sprache zu bringen und diese in einem Rollenspiel zu verarbeiten. Durch dieses Spielmaterial werden die Kinder aufgefordert, durch Gestik und Mimik selbst Gefühle auszudrücken bzw. bei den anderen Gruppenmitgliedern zu erraten, welche Gefühle ausgedrückt werden.

Zur Erfassung beobachtbarer Veränderungen dienten zusätzlich zu den Tonbandaufnahmen Therapieprotokollbögen, die vom Therapeuten nach jeder Therapiestunde ausgefüllt wurden. Diese Protokollbögen geben Auskunft über die Einschätzung des eigenen Therapeutenverhaltens, Auffälligkeiten im Verhalten der Schüler hinsichtlich der Zielbereiche, aktive Teilnahme der Schüler ... und wurden zur Supervision hinzugezogen (s. Anhang).

Rating: Von den auf Tonband aufgezeichneten Therapiekontakten wurden jeweils zwei vierminütige Ausschnitte des 2., 5. und 9. Kontaktes von 15 unabhängigen, vorher trainierten Beobachtern (Ratern) anhand drei vorgegebener Skalen zum Therapeutenverhalten (VEE, Stimulation, Akzeptierung) und zwei Schülervariablen (Kooperationsverhalten, Selbstdarstellung) eingeschätzt und in einem rerating nach vier Wochen überprüft. Beim Ratertraining und bei der Einschätzung anhand der Skalen wurden die Hinweise von LANGER/SCHULZ v. THUN (1974, S. 137) für Rater berücksichtigt.

Der Untersuchungsplan sieht eine Kontrollgruppe (N = 19) vor, die als homogene Gruppe vergleichbar den Behandlungsgruppen die Funktion hat, etwaige in den Therapiegruppen gemessene Effekte, die durch andere als durch therapeutische Einflußgrößen bewirkt werden, auszuschließen. Die bei der Überprüfung der Homogenität der Kindergruppen anhand der Vortestdaten (III.B.4.) festgestellten höheren manifeste Angst-Werte (auf dem 8 %-Niveau signifikant) und bei den Nachtestdaten erhöhte Werte in der Lügenskala des HANES und bei der sozialen Erwünschtheit im SET stellen diese Funktion der "Kontrollgruppe" in Frage. Die Testbeobachtung ergab, daß bei vielen der Vor- und Nachtest als "Prüfung" dafür erlebt wurde, ob sie danach noch Therapie bekommen würden. Aus diesen Gründen wurde auf die Einbeziehung der WartegruppenDaten in die Interpretation der Ergebnisse verzichtet; dies erscheint deswegen vertretbar, weil die allgemeine Wirksamkeit therapeutischer Behandlung dieser Art gegenüber einer Nicht-Behandlung als hinlänglich gesichert gelten dürfen.

2. Fragestellung der Untersuchung:

Als Ausgangspunkte zur Entwicklung von Untersuchungsfragen dieser Arbeit sind aus den bisher erörterten Bereichen festzuhalten:

- Aus den Überlegungen zur Methodenkombination und Integration ergibt sich die Problematik der "theorie-losen Methodenkombination"; dieses Vorgehen widerspricht wissenschaftstheoretischen Forderungen nach überprüfbaren, aus einer Theorie oder empirischen Daten und Zusammenhängen in der Realität abgeleiteten Hypothesen (vgl. DE GROOT, 1969). Diese Untersuchung ist eher als Erkundungsstudie anzusehen, die durch Begrenzung auf bestimmte Zielbereiche und Variablen nur ein "Mosaikstein", einen eingegrenzten Beitrag zur Frage der Kombination und Integration liefern kann (z.B. bleiben Fragen nach der spezifischen und unterschiedlichen Wirksamkeit einzelner Variablen der MK außer Betracht).
- Die angestellten theoretischen Überlegungen zu den herkömmlichen Konzepten zur Veränderung durch Therapie (GPT/VT) weisen spezifische Einseitigkeiten und Grenzen auf.
- Bisherige empirische Untersuchungen der orthodoxen Ursprungskonzepte GPT/VT im Bezug auf die Population dieser Arbeit geben keine Hinweise auf größere Wirksamkeit eines der beiden Ursprungskonzepte.
- Methodische Überlegungen:
Um Prozesse, die über einen längeren Zeitraum wirksam werden, zu erfassen, erscheinen Messungen in größeren Zeitabständen sinnvoll;
Behandlung in der Praxis, d.h. Ort der therapeutischen Intervention ist die Sonderschule für Lernbehinderte;
methodische Vergleichbarkeit der Therapieabläufe durch weitgehende Standardisierung;
für statistische Prüfungen ausreichende Stichprobengrößen;
Einbeziehung qualitativer Aussagen in Bereichen, in denen bisher keine standardisierten Verfahren für diese Population vorhanden sind.

Die Gesamtfragestellung der Arbeit betrifft die Realisierbarkeit einer spezifischen Form von Methodenkombination mit ausgewählten Zielbereichen als ein eigenständiges Therapiekonzept und die kurz- und langfristige Effektivität im Vergleich zu den Ursprungskonzepten GPT und VT.

Diese Gesamtfragestellung wird in drei spezifische Fragestellungen aufgeteilt, die konkret operationali-

siert in Form von Hypothesen einer Überprüfung zugänglich gemacht werden sollen.

Dabei geht es nicht so sehr um die Verifizierung oder Falsifizierung einzelner isolierter, umschreibbarer Hypothesen im Sinne eines hypothesenprüfenden Entscheidungsexperimentes wie in experimentellen Untersuchungen in anderen Bereichen der Psychologie, sondern um Versuche der Überprüfung von Globalhypothesen, so daß eine Rückführung der Effekte auf bestimmte Variablen nicht möglich ist.

Untersuchungsfrage 1:

Das methodenkombinierte Therapiekonzept läßt sich bei einer repräsentativen Stichprobe von lernbehinderten Sonderschülern und Sonderschülerinnen deutlich empirisch unterscheidbar von den orthodoxen Ursprungskonzepten realisieren;

das Ausmaß der Realisierung der Therapeutenvariablen Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Verbale Verstärkung, Akzeptierung und Stimulation unterscheidet sich deutlich in den drei Therapiekonzepten.

Allen drei Therapiekonzepten liegen theoretisch und methodisch deutlich divergierende Konzepte zugrunde. In dieser Untersuchung interessiert vor allem, ob das methodenkombinierte Therapiekonzept als ein empirisch unterscheidbares, eigenständiges Therapiekonzept im Vergleich zu den Ursprungskonzepten gelten kann.

Dieses Konzept METHODENKOMBINATION, das sich im Zustand der Entwicklung und Erprobung befindet, wurde aufgrund der Einseitigkeiten und Grenzen der klassischen orthodoxen Therapieformen GPT/VT in Theorie und Praxis auf das spezifische, komplexe Störungsbild bei lernbehinderten Sonderschülern entwickelt. Die höhere Effektivität kann aufgrund der Kombination von zweigleisigem therapeutischen Vorgehen: durch Erlebens- und Verhaltensmodifikation - auf der Basis der klientenzentrierten Haltung durch Einbeziehung verhaltenstherapeutischer Techniken - angenommen werden.

Untersuchungsfrage 2:

Das methodenkombinierte Therapiekonzept erweist sich im Unterschied zu den orthodoxen Konzepten effektiver in den Zielbereichen auf der Verhaltens- und Erlebensebene:

- im Abbau von Neurotizismus/Prüfungsangst/manifester Angst/sozialer Erwünschtheit;
- in der Erhöhung von sozialer Reife/Kooperation/Selbstexploration.

Aus den vorliegenden empirischen Befunden zu Effekten der klientenzentrierten und verhaltenstherapeutischen Therapie wurden diejenigen Persönlichkeitskonstrukte und Zielbereiche auf der Verhaltensebene ausgewählt, die bisher die vielversprechendsten empirischen Ergebnisse gebracht haben. Es wird erwartet, daß die beiden orthodoxen Therapiekonzepte konstruktive Veränderungen hervorrufen: beim eher nondirektiven Therapiekonzept vor allem in den Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus und Angst, die üblicherweise als Zielbereiche der GPT deklariert werden, während die verhaltenstherapeutischen Zielsetzungen auf der Verhaltensebene liegen.

Mit der Beantwortung dieser Untersuchungsfrage 2 wäre entschieden, ob das methodenkombinierte Konzept eine effizientere Alternative zu den traditionellen Therapieansätzen bieten kann.

Zusatzuntersuchungsfrage 3:

- 3 a) Das methodenkombinierte Therapiekonzept ist nach einem Zeitraum von 6 Monaten durch die Therapeuten ohne erneutes Training realisierbar.
- 3 b) Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bleiben die Testwertveränderungen (bei der verfügbaren Nachuntersuchungsstichprobe) stabil.

Wie bereits (bei: Problemen der Datenerhebung) ausgeführt, relativiert die Problematik der stark reduzierten Stichprobe der Lernbehinderten und Therapeuten die ursprünglich geplante Fragestellung der Nachuntersuchung nach 6 Monaten. Damit können die Nachuntersuchungsergebnisse nur als Zusatzergebnisse angesehen werden, die ausgesprochenen Hinweis- und Erkundungscharakter für weitere Untersuchungen haben. Um diese Einschränkungen deutlich zu machen, sind im Folgenden - besonders in den Tabellen - die Nachuntersuchungswerte ^(K. 1-4) zwar mitaufgeführt, doch in Klammern gesetzt.

Es wird bei der Fragestellung einer Nachuntersuchung davon ausgegangen, daß die Erfahrungen der Lernbehinderten auf der Erlebens- und Handlungsebene möglicherweise zu längerfristigen Spätwirkungen führen, die sich nicht unmittelbar nach Abschluß der Therapie voll auswirken, bzw. sich im Nachtest niederschlagen.

Da es nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand im Bereich der eher orthodoxen Kinder- und Jugendlichen-therapieformen bisher keine exakten follow-up-Untersuchungen gibt- beispielsweise "nur" qualitative Auswertungen eines Nachbefragungsinterviews von Spieltherapieklienten (SCHMIDTCHEN, 1975) - gibt es somit weder Hinweise auf methodische Durchführung von Nachuntersuchungen in diesen Altersstufen noch Hinweise auf Langzeitwirkungen dieser Therapieformen.

In Bezug auf Fragen des Trainings und der Ausbildung von methodenkombinierenden Therapeuten ist wichtig, ob und auf welcher Realisierungsstufe die Variablen der Methodenkombination von Therapeuten nach 6 Monaten ohne Training und Durchführung von methodenkombinierter Therapie verfügbar sind.

III. ERGEBNISSE

A. REALISIERUNG

1. Datenaufbereitung:

1.1. Zur Datenauswertung

Bei der Auswahl statistischer Prüfverfahren zur Unterschiedsprüfung in Gruppenvergleichen liegt der Schwerpunkt auf parameterfreien Verfahren. Nach der Durchführung von parametrischen Verfahren (t-Test, Varianzanalyse) wurden die Daten mit parameterfreien Auswertungsverfahren geprüft, da die Grundbedingungen für die Wahl parametrischer Verfahren: die Annahme normal verteilter DATEN und Intervallskalenniveau der Meßwerte nicht ausreichend gesichert und somit die Gültigkeit und Aussagekräftigkeit eingeschränkt ist.

Verteilungsfreie Verfahren setzen hingegen nicht die Kenntnis der die Häufigkeitsverteilung der Grundgesamtheit bestimmenden Parameter voraus; zudem sinkt die "Stärke" eines verteilungsfreien Verfahrens mit abnehmender Stichprobengröße weniger als die eines parametrischen.

Unter dem Gesichtspunkt einer veränderten, differentiellen Fragestellung in der Psychotherapieforschung führt GRAWE (1976, S. 75) weitere Argumente für die parameterfreien Tests an: So ist bei den auf Mittelwertsvergleich ausgerichteten statistischen Verfahren (vor allem bei varianzanalytischen Verfahren) der Blick allein auf Mittelwertsunterschiede gerichtet. Die Effekte werden umso eher signifikant, je geringer die Schätzung der Fehlervarianz ist, die auf der Variation innerhalb der Zellen beruht. Eine hohe Varianz innerhalb der Zellen verhindert signifikante Ergebnisse und ist daher unerwünscht.

Nach GRAWE (1976, S. 76) manifestieren sich Therapieeffekte nicht nur in Mittelwertsunterschieden, sondern auch in einer Erhöhung der Varianz innerhalb der Behandlungsgruppe, manche Klienten verändern sich stark in eine positive Richtung, manche wenig oder gar nicht, bei anderen tritt eine Verschlechterung ein. (Vgl. BERGIN, 1971) So plädiert GRAWE in seiner Untersuchung für eine stärkere Berücksichtigung der Unterschiede in den Varianzen, insbesondere der Veränderungsvarianzen.

Die Möglichkeit, Veränderungen durch Differenzbildung (Vergleich von Prä- und Posttestwerten) werden u.a. von BASTINE (1970) MINSEL/LANGER (1973, S. 647) wegen der geringen Reliabilität und Fehleinschätzungen aufgrund des Test-Regressionseffektes (Extremwerte verändern sich bei der zweiten Testung in Richtung auf den Mittelwert) kritisiert; Differenzwertbildung setzt mindestens Intervallskalenniveau voraus (PETERMANN, 1978, S. 27).

Besonders bei kleinen Stichproben (etwa $N = 1-10$) empfehlen MINSEL/LANGER (1973, S. 668) nichtparametrische Verfahren, die aufbauend auf Rangplatzinformationen (Rangplatzänderungen der Klienten) die Verteilung der Maßwerte berücksichtigen (z.B. U-Test nach MANN/WHITNEY).

1.2. Die einzelnen statistischen Prüfverfahren

Im einzelnen kommen folgende statistische Prüfverfahren zur Anwendung:

- t-Test für unabhängige und abhängige Stichproben (CLAUSS/EBNER, 1972; HOFSTÄTTER/WENDT, 1974, S. 99; SIEGEL, 1956, S. 123)
Bei diesem wohl am häufigsten angewendeten statistischen Verfahren zur Entscheidung über die Signifikanz von Mittelwert-Differenzen sind die Voraussetzungen zur Anwendung: Normalverteilung des Datenmaterials und Homogenität der Streuung in den beiden zu vergleichenden Stichproben. Nach EDWARDS (1971, S. 128) ist der t-Test gegenüber Abweichungen von seinen Voraussetzungen "relativ robust". Da der t-Test Homogenität der Varianz der Mittelwerte voraussetzt, wurde vor seiner Durchführung der
- F-Test (HOFSTÄTTER/WENDT, 1974, S. 100) geprüft, dessen sog. "F-Wert" die Prüfgröße der
- Varianzanalyse (HOFSTÄTTER/WENDT, 1974, S. 108) darstellt. Voraussetzung für die Anwendung ist, daß die Meßwerte unabhängige Zufallstichproben aus normal verteilten Grundgesamtheiten sind, die sich in ihrer Varianz höchstens zufällig unterscheiden. Die einfache Varianzanalyse bietet sich bei der Frage nach der Signifikanz der Differenzen von mehr als zwei Mittelwerten als leistungsfähige Prüftechnik an.

Als parameterfreie Verfahren werden angewandt:

- WILCOXON-Test (GUILFORD, 1956, S. 255; SIEGEL, 1956) der mit einer Effizienz von 95 % zu den schärfsten der parameterfreien Verfahren gehört. Der WILCOXON-Vorzeichen-Rangtest für abhängige Paare benutzt Richtung und Größe von Unterschieden innerhalb der Paare zur Überprüfung. Ausgangswerte bei der Berechnung sind die Rangplätze der Differenzen (zwischen Vor- und Nachtestwerten für jede Gruppe). Es werden die Differenzbeträge aus allen abhängigen Paaren gebildet, die absoluten Werte in eine gemeinsame Rangreihe gebracht und dann jedem Rangwert das Vorzeichen seiner Differenz zugeordnet. Prüfgröße ist die kleinere der beiden Rangsummen (CLAUSS/EBNER, 1972, S. 222).
- H-Test (nach KRUSKAL/WALLIS) für mehr als zwei unabhängige Stichproben, der nach SIEGEL (1956, S. 153) auch bei sehr kleinen Stichproben anwendbar ist. Als Voraussetzung gilt: Zufallsvariablen stammen aus einer kontinuierlichen Verteilung und haben Intervallskalenniveau.
- U-Test nach MANN-WHITNEY, der als verteilungsunabhängiges Verfahren eine Effizienz von 95 % (CLAUSS/EBNER, 1972, S. 213; LIENERT, 1973, S. 229) aufweist und sich auch für kleine Stichproben gut eignet (SIEGEL, 1956, S. 116). Dieses Prüfverfahren zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben baut auf Rangplatzinformationen auf. Dieser selbst bei Stichproben mittleren Umfangs noch hoch effiziente Test ist eine ausgezeichnete Alternative zum t-Test, der von dessen restriktiven Voraussetzungen und Anforderungen bezüglich der Daten unabhängig ist (SIEGEL, 1956, S. 123).

1.3. Reliabilität der Ratingdaten

Eine Weiterverwendung der Ratingdaten (keine individuelle Klienteneinstufung, sondern Gruppenwerte bei Therapeuten- und Kindervariablen) zur Auswertung erfordert die Überprüfung der Beurteilerstabilität (Rerate-Reliabilität) sowie die Beurteilerübereinstimmung (Interrater-Reliabilität) der Haupt- und Nachuntersuchung.

Nach TAUSCH (1974, S. 73) soll die Beurteilerstabilität mindestens $r = .50$ und die Beurteilerübereinstimmung mindestens $r = .70$ bei in der Regel 4-5 Beurteilern betragen. TSCHUELIN (1972) bezeichnet einen Ebel-Koeffizienten von $.60 - .80$ für die Beurteilerübereinstimmung als ausreichend bis sehr hoch.

Tabelle 1: Reliabilitätskoeffizienten (2., 5. und 9. Kontakt über drei Konzepte)

	2. Kontakt		5. Kontakt		9. Kontakt			Nachuntersuchung		
	r_{ar}	r_{er}	r_{ar}	r_{er}	r_{ar}	r_{er}	r_{re}	r_{ar}	r_{er}	r_{re}
V E E ⁺	.95	.84	.95	.85	.99	.86	.71	.84	.46	.60
Stimulation ⁺	.90	.69	.87	.60	.87	.62	.65	.92	.65	.60
Akzeptierung vs. Abl. ⁺	.59	.30	.81	.60	.66	.39	.55	.81	.42	.52
Verbale Verstärkung ⁺	.97	.91	.88	.65	.96	.88	.50	.72	.30	.55
Kooperation ⁺	.85	.60	.95	.85	.90	.70	.57	.86	(.50)	(.55)
Selbstexploration ⁺	.87	.64	.84	.58	.75	.43	.76	.91	(.63)	(.60)

(⁺ 5-stufig)

r_{ar} = Reliabilität aller Rater nach EBEL (GUILFORD, 1956, S. 359 ff)

r_{er} = Reliabilität eines Raters nach EBEL

r_{re} = Re-Rate-Reliabilität (Produkt-Moment-Korrelation)

Die Reliabilitätskoeffizienten können bis auf zwei Reliabilitätswerte eines Raters in der Hauptuntersuchung (.30, .39) und in der Nachuntersuchung (.30), die aber durch ausreichende Rerate-Reliabilitäten dieser Merkmale ausgeglichen werden, als ausreichend bis überwiegend hoch bezeichnet werden und somit zur weiteren Verrechnung genutzt werden.

2. REALISIERUNG der Therapeutenverhaltensmerkmale

Im Sinne der Prozeßanalyse soll die unterschiedliche Realisierung innerhalb der einzelnen Therapiekonzepte anhand je einer Therapeutenvariable durchgängig zu den Erhebungszeitpunkten 2., 5., 9. und im Nachuntersuchungskontakt betrachtet werden. Die Untersuchung der Realisierung der einzelnen Therapiekonzepte ist Voraussetzung für die Prüfung der Effektivität der unterschiedlichen Konzepte in Bezug auf die Zielbereiche. Die Frage nach der REALISIERBARKEIT des methodenkombinierenden Therapiekonzepts ist in der Untersuchungsfrage "Das methodenkombinierte Therapiekonzept läßt sich bei einer repräsentativen Stichprobe von lernbehinderten Sonderschülern deutlich empirisch unterscheidbar von den orthodoxen Therapiekonzepten realisieren" zusammengefaßt.

Tabelle 2: Mittelwerte des Therapeutenverhaltens pro Kontakt, Verhaltensmerkmal und Konzept

Konzept	Verhaltensmerkmal	2. Kontakt	5. Kontakt	9. Kontakt	(Nachuntersuchung)
I (GT)	VEE	2.60	2.68	2.85	(2.25)
	Akzeptierung	3.26	3.00	2.97	(3.92)
	Stimulation	2.95	3.29	2.80	(2.50)
	Verbale Verstärkung	1.60	2.00	1.50	(2.25)
II (VT)	VEE	1.05	1.00	1.00	(1.83)
	Akzeptierung	3.40	3.50	3.26	(3.92)
	Stimulation	3.55	3.33	3.86	(2.42)
	Verbale Verstärkung	1.90	2.12	2.08	(2.75)
III (MK)	VEE	1.80	2.10	1.85	(2.50)
	Akzeptierung	3.93	3.86	3.33	(4.58)
	Stimulation	4.25	3.40	3.30	(3.75)
	Verbale Verstärkung	2.25	2.05	2.00	(3.17)

2.1. Therapeutenverhaltensmerkmale VERBALISIERUNG EMOTIONALER ERLEBNISINHALTE (VEE)

Die Hypothese zur ersten Untersuchungsfrage lautete:
Das Ausmaß der Realisierung des Therapeutenverhaltens-
merkmals VEE unterscheidet sich signifikant in den
drei Therapiekonzepten.

Gesamtverlauf:

Tabelle 3: Signifikanzprüfung: VEE (t- und U-Test)

	I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/II ₊ III	II/I ₊ III
Haupt- unter- suchung	t: - U: 0,1 %	- 0,1 %	- 1 %	n.b. 5 %	n.b. 0,1 %	- 6,1 %
Nach- unter- suchung	t: 5 % U: -	1 % 2,5 %	- -	2,5 % 2,5 %	- -	1 % 0,7 %

Tabelle 4: VE(Gesamtverlauf)Interkonzeptvergleich: t-Test

	Konzept	Varianzen		Sign.	Mittelwerte		Signifikanz	
Haupt- unter- suchung	I/II	2.01	0.01	0.1 %	2.71	1.01	-	
	II/III	0.01	0.92	0.1 %	1.01	1.91	-	
	I/III	2.01	0.92	1 %	2.71	1.91	-	
	I ₊ III/II	1.85	0.01	0.1 %	2.30	1.01	-	
Nach- unter- suchung	I/II	0.205	0.33	-	2.25	1.83	10 %	5 %
	II/III	0.33	0.455	-	1.83	2.5	2 %	1 %
	I/III	0.205	0.45	-	2.25	2.5	-	-
	I ₊ II/III	0.303	0.45	-	2.04	2.5	5 %	2.5 %
	I ₊ III/II	0.33	0.33	-	2.375	1.83	2 %	1 %
	II ₊ III/I	0.493	0.20	-	2.167	2.25	-	-

Die Signifikanzprüfungen der Mittelwertsveränderungen des Therapeutenmerkmals VEE zwischen den Therapiekonzepten in der Hauptuntersuchung war für den Gesamtverlauf mit Hilfe des t-Tests nicht durchführbar (Inhomogenität der Varianzen aufgrund des F-Tests). Die Ergebnisse des Interkonzeptvergleichs mit Hilfe des U-Tests stützen die Hypothese der unterschiedlichen Verwirklichung von VEE

- die unterschiedliche Verwirklichung von VEE zwischen den methodenkombinierenden und den klientenzentrierten Therapeuten läßt sich auf dem 1 % - Niveau sichern
- das im höheren Ausmaß realisierte Therapeutenmerkmal VEE bei den methodenkombinierenden Therapeuten im Vergleich zu den Verhaltenstherapeuten läßt sich auf dem 0,1 % -Niveau als hoch signifikant bezeichnen
- ebenfalls ist zwischen den beiden orthodoxen Therapiekonzepten (I, II) ein hoch signifikanter Unterschied (0,1 %) in der Realisierung von VEE.

Bei der Prüfung der zusammengefaßten⁺ Konzepte I und III, die beide konzeptgemäß VEE enthalten, gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept (ohne VEE) zeigt sich erwartungsgemäß eine hohe Signifikanz von 0,1 %.

⁺ zusammengefaßt bedeutet: die Zusammenfassung der Werte der gemeinsam "VEE-enhaltenden" Therapiekonzepte (I und III) oder gemeinsam "Stimulation-enhaltenden" (II und III)

" t-Test nicht anwendbar (Inhomogenität der Varianzen)

Eine ebenso statistische Signifikanz kann bei der Zusammenfassung des verhaltenstherapeutischen Konzepts mit dem methodenkombinierten gegenüber den eher klientenzentrierten Therapeuten auf dem 0,1 %-Niveau gesichert werden.

In dem Nachuntersuchungskontakt weist bei der Gegenüberstellung zum verhaltenstherapeutischen Konzept II das methodenkombinierte Konzept auf dem 1 %-Niveau eine deutlich höher realisierte Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte auf. Das erreichte Ausmaß im gesprächspsychotherapeutischen Konzept unterscheidet sich aufgrund der t-Testergebnisse signifikant (5 %-Niveau) vom orthodox verhaltenstherapeutischen Konzept. In der Prüfung der Unterschiede der zusammengefaßten orthodoxen Therapiekonzepte gegenüber dem methodenkombinierten Konzept läßt sich bei beiden statistischen Prüfverfahren eine Signifikanz von 2,5 % sichern.

Somit kann die Therapeutenvariable VEE als differentielles Merkmal in der Realisierung der drei Therapiekonzepte in der Haupt- und Nachuntersuchung angesehen werden, wobei die Gesprächspsychotherapeuten diese Variable auf dem höchsten, die methodenkombinierenden Therapeuten auf dem mittleren und die Verhaltenstherapeuten auf dem niedrigsten Niveau realisierten.

2.1.1. Interkonzeptvergleich in den einzelnen Therapiestadien:

Im Sinne der Prozeßforschung sollen im Konzeptvergleich Veränderungen im Anfangs-, Mittel- und Endstadium des Therapieprozesses festgestellt werden. Die Erhebungszeitpunkte wurden auf den 2., 5. und 9. Therapiekontakt der Hauptuntersuchung festgelegt.

Tabelle 5: Interkonzeptvergleich VEE (Therapiestadien) t-Test

Konzept		I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/II ₊ III	II/I ₊ III
Therapie- stadium							
2. Kontakt	Vari- anzen:	1.93/0.04	0.04/1.21	1.93/1.21	n.b.	n.b.	1.69/0.04
	sign.:	0.1 %	0.1 %	-			0.1 %
	t-Wert:	n.b.	n.b.	10 %			n.b.
5. Kontakt	Vari- anzen:	1.69/0.00	0.00/1.44	1.69/1.21	n.b.	n.b.	1.61/0.00
	sign.:	-	-	-			
	t-Wert:	0.1 %	0.1 %	-			0.1 %
9. Kontakt	Vari- anzen:	2.52/0.00	0.00/0.13	2.52/0.13	n.b.	n.b.	1.56/0.00
	sign.:	-	-	0,1 %			-
	t-Wert: (s.g.)	0.1 %	10 %	n.b.			0.1 %

Tabelle 6: VEE: Interkonzeptvergleich (Therapiestadien) U-Test (U-T.) und t-Test(t-T.)

Konzept		I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/II ₊ III	II/I ₊ III
Therapie- stadium							
2. Kontakt	t-T.:	n.b.	-	10 %	n.b.	n.b.	-
	U-T.:	1 %	2,5 %	5 %	-	0.1 %	0.1 %
5. Kontakt	t-T.:	0.1 %	0.1 %	-	n.b.	n.b.	0.1 %
	U-T.:	0.1 %	0.1 %	-	5 %	0.1 %	0.1 %
9. Kontakt	t-T.:	0.1 %	100 %	-	n.b.	n.b.	0.1 %
	U-T.:	0.1 %	0.1 %	5 %	5 %	0.1 %	0.1 %

Laut Tabelle unterscheiden sich die methodenkombinierenden Therapeuten im Anfangsstadium der Therapie durch einen höheren Realisierungsgrad an VEE von den Verhaltenstherapeuten (2,5 % - Signifikanz). Dieser Unterschied der beiden Gruppen (II, III) bleibt in der

Mitte und bis zum Ende der Therapie mit einer Verlässlichkeit von 0,1 % -Signifikanz bestehen.

Dem eher gesprächspsychotherapeutischen Konzept gegenüber zeigt das methodenkombinierte Konzept einen statistisch nachweisbaren Unterschied von 5 % im Anfangs- und Endstadium der Therapie, nicht aber in der Mittelphase.

In den beiden orthodoxen Konzepten realisieren die Gesprächspsychotherapeuten in den Erstkontakten VEE signifikant höher (1 % - Signifikanz) als die Verhaltenstherapeuten; in den Mittel- und Endkontakten wächst die Bedeutsamkeit des Unterschiedes auf 0,1 % - Signifikanz an.

In der Zusammenschau der die gesprächspsychotherapeutischen Basisvariablen enthaltenen Konzepte I und III gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept (konzeptgemäß keine VEE) zeichnen sich die Gesprächspsychotherapeuten durch deutlich höhere Verbalisierungsgrade aus (und zwar 2., 5., 9. Kontakt auf 0,1 % - Niveau gesichert).

Damit kann die höhere Realisierung von VEE durch die gesprächstherapeutischen und methodenkombinierenden Therapeuten durchgängig während des gesamten Therapieverlaufs als gesichert gelten. Über den gesamten Therapieverlauf hinweg (2., 5. und 9. Kontakt: 0,1 % - Signifikanz) hebt sich das gesprächspsychotherapeutische Konzept mit den höchsten Werten in der Realisierung von VEE gegenüber den zusammengefaßten Werten der beiden übrigen Konzepte ab. Bereits in den Anfangskontakten besteht - wenn auch nicht so deutlich gesichert wie in den übrigen Therapiestadien - der Unterschied zwischen den VEE-einsetzenden Therapeuten und den Verhaltenstherapeuten, die durchschnittlich kaum verbalisieren. Bereits in dem zweiten Kontakt besteht der größere "Abstand" der Gesprächspsychotherapeuten zu den Verhaltenstherapeuten. Die deutliche Steigerung von VEE im übrigen Verlauf der Therapie ist wohl bei den Gesprächspsychotherapeuten auf die ungewohnte Population der lernbehinderten Schüler ("Startschwierigkeiten") zurückzuführen, wobei bei den methodenkombi-

nierenden Therapeuten zusätzliche Schwierigkeit die Modifizierung ihres Basisverhaltens zu dem neuen methodenkombinierenden Konzept hin zu berücksichtigen ist.

2.2. STIMULATION: Gesamtverlauf

Tabelle 7: Signifikanzprüfung:

Gesamtverlauf: STIMULATION: t-Test (t), U-Test (U)

Konzepte	I/II	II/III	I/III	I+II/III	I/II+III	II/I+III
Haupt- unter- suchung	t: 0.1 %	-	0.1 %		0.1 %	
	U: 0.1 %	-	0.1 %	5 %	0.1 %	5 %
(Nach- unter- suchung	t: -	0.5 %	0.5 %	0.5 %	n.b.	n.b.
	U: -	0.1 %	0.1 %	0.3 %	3.3 %	0.9 %)

Bei diesem Hauptunterscheidungsmerkmal des methodenkombinierten Konzepts gegenüber den eher orthodoxen Therapiekonzepten weist das methodenkombinierte Konzept erwartungsgemäß über den gesamten Therapieverlauf der Hauptuntersuchung ein sehr bedeutsam höheres Ausmaß an Stimulation auf als das eher gesprächspsychotherapeutische Konzept (beide statistischen Prüfverfahren weisen Unterschiede auf dem 0,1 %-Signifikanzniveau nach). In der Nachuntersuchung bleibt dieser Unterschied auf dem 5 % - Niveau gesichert bestehen.

Während im Gesamtverlauf der Hauptuntersuchung kein signifikanter Unterschied von methodenkombinierten gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept nachzuweisen ist, besteht im Nachuntersuchungskontakt eine auf dem 5 % Signifikanzniveau höhere Realisierung von Stimulation gegenüber den Verhaltenstherapeuten. Nur in der Hauptuntersuchung läßt sich ein sehr signifikanter Unterschied (t-Test, U-Test) zwischen den beiden orthodoxen Konzepten auffinden: die Gesprächstherapeuten setzen Stimulation entgegen dem theoretischen Konzept ein, wenn auch sehr bedeutsam niedriger als die übrigen Therapeuten.

Das höhere Ausmaß von Stimulation im methodenkombinierten Konzept über den zusammengefaßten Stimulationswerten der beiden orthodoxen Konzepte kann in der Hauptuntersuchung und Nachuntersuchung auf dem 5 % - Niveau (bzw. 0,3 % - Niveau) gesichert werden; gegenüber den Verhaltenstherapeuten und Gesprächstherapeuten bei der Nachuntersuchung stimulierten die methodenkombinierenden Therapeuten sehr signifikant mehr.

2.2.1. Interkonzeptvergleich in den einzelnen Therapiestadien:

Tabelle 8: Interkonzeptvergleich STIMULATION (Therapiestadien) t-Test, U-Test

Konzept		I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/III ₊ II	I ₊ III/II
Therapiestadien							
2. Kontakt	Vari- anzen:	1.51/1.10	1.10/0.60	1.51/0.60	1.51/0.96	-	
	sign.:	-	-	5 %	-	-	
	t-Wert:	1 %	5 %	n.b.	1 %	-	
	U-Test:	1.5 %	2.5 %	1 %			-
5. Kontakt	Vari- anzen:	0.59/1.00	0.56/1.00	0.59/0.56	n.b.	0.59/0.77	n.b.
	sign.:	-	-	-		-	
	t-Wert:	-	-	-		-	
	U-Test:	-	-	-			-
9. Kontakt	Vari- anzen:	0.57/0.84	1.25/0.38	0.57/1.25	n.b.	0.57/0.84	n.b.
	sign.:	-	1 %	5 %		-	
	t-Wert:	0.1 %	-"	-"		1 %	
	U-Test:	0.1 %	-	-	0.1 %	0.1 %	0.1 %

In der differenzierteren Betrachtung der einzelnen Therapiephasen findet sich in der Gegenüberstellung des methodenkombinierten Konzepts gegenüber dem GPT-Konzept die hohe Signifikanz des Gesamtverlaufes nur im Anfangsstadium wieder (mit 1 % - Verlässlichkeit); in der Mittel- und Endphase der Therapie treten keine bedeutsamen Unterschiede auf.

" = Inhomogenität der Varianzen: t-Test nicht anwendbar

Gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept unterscheidet sich das methodenkombinierte Konzept nur im Anfangsstadium durch einen bedeutsam höheren Realisierungsgrad von Stimulation, der im Gesamtverlauf nicht nachweisbar war.

Das Konzept I, in dem die Variable Stimulation nicht realisiert wurde, weist im Unterschied zu dem anderen orthodoxen Therapiekonzept zu Anfang (5 % -Signifikanz) und gegen Ende (0.1 %) - nicht aber in der Mittelphase - eine niedrigere Stimulierung der Zielbereiche auf.

Die tabellarische Darstellung der zusammengefaßten Konzepte macht deutlich, daß das methodenkombinierte Konzept gegenüber den beiden eher orthodoxen Therapiekonzepten im Anfangs- und Endstadium der Therapie einen hoch signifikanten Unterschied zeigt. Die Zusammenfassung der die Basisvariablen der GPT enthaltenen Konzepte gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept wird erst gegen Ende der Therapie hin auf dem 0.1 % - Niveau signifikant. In der Zusammenfassung der Konzepte, die Stimulation von den Therapeuten forderten (II, III), gegen das eher klientenzentrierte Konzept zeigt in der differenzierten Betrachtung in der Anfangsphase durch beide Tests gesicherte (1 %) niedrigere Stimulation; gegen Therapieende weist der U-Test sogar ein 0.1 % Signifikanzniveau auf.

Bei der Betrachtung des Therapieverlaufes im Vergleich der drei Therapiekonzepte wird Stimulation erwartungsgemäß im unterschiedlichen Ausmaß zu Anfang der Therapie realisiert, wobei die methodenkombinierenden Therapeuten in signifikant größerem Ausmaß in Richtung auf die Zielbereiche stimulierten als die übrigen Therapeuten, die verhaltenstherapeutisch orientierten wiederum im größeren Ausmaß als die Gesprächspsychotherapeuten des Konzepts I. In der Mittelphase der Therapie verschwinden die signifikanten Unterschiede, die sich in der Gesamtbetrachtung gezeigt hatten, völlig: Stimulation wird etwa auf der gleichen Stufe von allen Therapeuten realisiert. Im Endstadium der Therapie ist das Ausmaß von Stimulation in dem verhaltenstherapeutischen Konzept so angestiegen, daß es ein hoch signifikant höheres Ausmaß zum eher gesprächspsychotherapeutischen Konzept aufweist.

Bemerkenswert ist, daß die Gesprächspsychotherapeuten diese Variable ohne Training realisierten und sie anscheinend zum gesprächspsychotherapeutischen Basisverhalten als zugehörig betrachtet haben.

2.3. AKZEPTIERUNG: INTERKONZEPTVERGLEICH: Gesamtverlauf

Tabelle 9: Gesamtverlauf: AKZEPTIERUNG (t- und U-Test)

		I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/II ₊ III	II/I ₊ III
Haupt- unter- suchung	t-Test	-	-	1 %	n.b.	n.b.	-
	U-Test	5 %	5 %	1 %	1 % [*] /5 %	1 %	n.b.
Nach- unter- suchung	t-Test	n.b.	5 %	n.b.	1 % [*] /5 %	n.b.	-
	U-Test	-	2,5 %	1 %	0.07 %	2.4 %	-

^{*} bei einseitiger Fragestellung

Das bemerkenswerte Ergebnis bei der Betrachtung des Gesamtverlaufes der Therapeutenvariable AKZEPTIERUNG ist im Unterschied der eher orthodoxen Therapiekonzepte die signifikant höhere Realisierung von Akzeptierung bei den Verhaltenstherapeuten in der Hauptuntersuchung. Dieses zu den Basisvariablen der GPT gehörende Therapeutenmerkmal wird also nicht nur entgegen dem vorgegebenen Therapiekonzept, sondern auch im höheren Ausmaß als bei den Gesprächstherapeuten verwirklicht.

Im methodenkombinierten Konzept ist sowohl in der Haupt- wie auch in der Nachuntersuchung Akzeptierung im höchsten Ausmaß (1 % - Signifikanzniveau) im Vergleich zum Gesprächspsychotherapeutischen Konzept und zum verhaltenstherapeutischen Konzept (5 %) vorhanden.

Dies Ergebnis bestätigt auch der Vergleich der zusammengefaßten Akzeptierungswerte des methodenkombinierten Konzepts gegen die beiden orthodoxen Konzepte bei einem signifikanten Unterschied von 1 % - Verlässlichkeit.

2.3.1. Therapiestadien

Tabelle 10: Interkonzeptvergleich (Therapiestadien): AKZEPTIERUNG (t- und U-Test)

Konzept	I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/III ₊ II	I ₊ III/II
Therapie- stadien						
2. Kontakt Vari-						
anzen:	1.18/0.67	0.67/1.18	1.18/1.18	n.b.	n.b.	1.27/0.67
sign.:	-	-	-			-
t-Wert:	-	-	(25 %)			-
U-Test:	-	5 %	5%	5 %	-	-
5. Kontakt Vari-						
anzen:	1.04/1.32	1.32/2.10	1.04/2.10	n.b.	n.b.	1.79/1.32
sign.:	-	-	-			-
t-Wert:	-	-	10 %			-
U-Test:	-	-	5 %	5 %	5%	-
9. Kontakt Vari-						
anzen:	1.07/0.92	0.92/1.51	1.07/1.51	n.b.	n.b.	1.34/0.92
sign.:	-	-	-			-
t-Wert:	-	-	-			-
U-Test:	-	-	-	-	-	-

Zu Anfang des Therapieverlaufes findet sich der signifikante Unterschied (5 %) zwischen dem methodenkombinierten und dem eher verhaltenstherapeutischen Konzept - wie im Gesamtverlauf - wieder. In der Mitte und am Ende der Therapie bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Therapiekonzepten. Die beiden, die Basisvariablen der GPT enthaltenen Konzepte I und III, unterscheiden sich voneinander auf dem 5 % - Niveau zu Anfang und in der Mitte, nicht aber im Endstadium der Therapie. In der Zusammenfassung von Konzepten läßt sich statistisch verläßlich auf dem 5 % - Niveau eine unterschiedliche Realisierung von Akzeptierung beim methodenkombinierten versus den beiden eher orthodoxen Konzepten I und III feststellen: im Anfang und in der Mitte des Therapieverlaufs.

Festzuhalten ist, daß sich gegen Ende der Therapieverläufe im Ausmaß der Akzeptierung keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den verschiedenen "Therapeutentypen" feststellen läßt.

2.4. VERBALE VERSTÄRKUNG: INTERKONZEPTVERGLEICH: Gesamtverlauf

Tabelle 11: Gesamtverlauf: VERBALE VERSTÄRKUNG (t- und U-Test):

		I/III	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/II ₊ III	II/I ₊ III
Haupt- unter- suchung	t-Test:	-	-	-	n.b.	-	n.b.
	U-Test:	5 %	0.1 %	0.1%*/1%	5 %	1 %	-
Nach- unter- suchung	t-Test:	5 %	(Tendenz)	5 %	5 %	5 %	-
	U-Test:	-	-	1 %	0.3 %	0.2 %	-

Durch die Überprüfung mit dem t-Test sind keine signifikanten Unterschiede im Konzeptvergleich in der Hauptuntersuchung festzustellen (vgl. JELINEK u.a., 1976). Aufgrund des U-Tests unterscheidet sich jedoch das methodenkombinierte Konzept in hohem Maße signifikant (0,1 % - Niveau) vom eher gesprächspsychotherapeutischen Konzept und ebenso hoch signifikant vom verhaltenstherapeutischen Therapiekonzept. Die methodenkombinierenden Therapeuten setzen also verbale Verstärkung im Gesamtverlauf der Therapie in bedeutsam unterschiedlich höherem Maße ein als die eher orthodox orientierten Therapeuten. Auch gegen die zusammengefaßten Werte der beiden orthodoxen Konzepte bleibt beim methodenkombinierten Therapiekonzept der Unterschied auf dem 5 % -Niveau gesichert bestehen.

In der Nachuntersuchung sind diese Unterschiede vom methodenkombinierten zum verhaltenstherapeutischen nur tendenzmäßig, zum gesprächspsychotherapeutischen jedoch auf einem hohen Signifikanzniveau (t-Test: 5 %, U-Test: 1 %-Signifikanzniveau) nachweisbar.

* bei einseitiger Fragestellung

Die Gesprächspsychotherapeuten verstärkten verbal weniger als die verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten (in Haupt- und Nachuntersuchung auf dem 5 % - Niveau gesichert). Die Werte der Gesprächstherapeuten in verbaler Verstärkung unterscheiden sich auch bei der Zusammenfassung der konzeptgemäß die Variable Verbale Verstärkung enthaltenen Konzepte II und III hoch signifikant. Somit wird verbale Verstärkung erwartungsgemäß unterschiedlich von den drei Therapeutentypen in Haupt- und Nachuntersuchung verwirklicht, wobei die Gesprächspsychotherapeuten unkonzeptgemäß auch verbale Verstärkung einsetzen.

2.4.1. Therapiestadien

Tabelle 12: Interkonzeptvergleich: Therapiestadien, VERBALE VERSTÄRKUNG (t-, U-Test)

Konzept		I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/III ₊ II	I ₊ III/II
Therapie-							
stadien							
2. Kontakt	Vari-						
	anzen:	0.25/0.50	0.92/0.5	0.25/0.92	n.b.	0.25/0.72	n.b.
	sign.:	-	-	1 %		1 %	
	t-Wert						
	(sign.):	25 %	25 %	-"		-"	
	U-Test:	-	-	2,5 %	5 %	5 %	-
5. Kontakt	Vari-						
	anzen:	0.10/0.80	0.3/0.80	0.10/0.76	n.b.	0.09/0.59	n.b.
	sign.:	1 %	5 %	1 %		1 %	
	t-Wert:	-"	-"	-"	-	-"	-
	U-Test:	-	-	-	-	-	-
9. Kontakt	Vari-						
	anzen:	0.46/0.98	0.31/0.98	0.46/0.31		0.46/0.64	n.b.
	sign.:	5 %	1 %	-		-	
	t-Wert						
	(sign.):	-"	-"	2 %		2 %	
	U-Test:	-	-	2.5 %	-	1 %	-

- " nicht berechnet wegen Inhomogenität der Varianzen

Das unterschiedlich höhere Ausmaß an Verbaler Verstärkung bei den methodenkombinierenden Therapeuten im Vergleich zu den Gesprächspsychotherapeuten findet sich zu Anfang (mit 2,5 % -Sicherheit) und gegen Ende (ebenfalls 2,5 %), nicht über in der Mitte des Therapieverlaufs wieder.

Die beiden orthodoxen Konzepte I und II unterscheiden sich deutlich nur gegen Ende der Therapie (5 % - Niveau) im Hinblick auf Verbale Verstärkung.

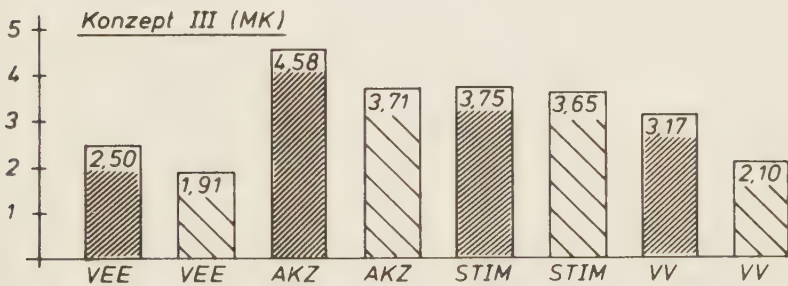
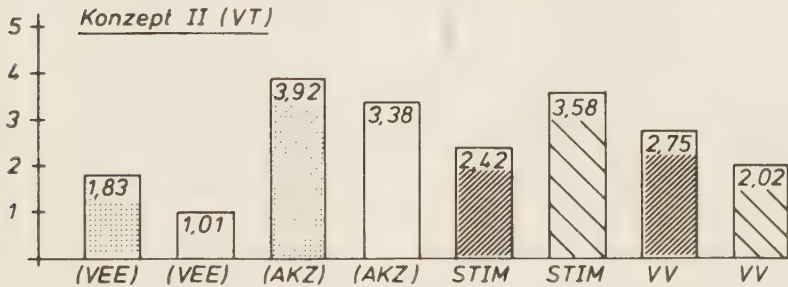
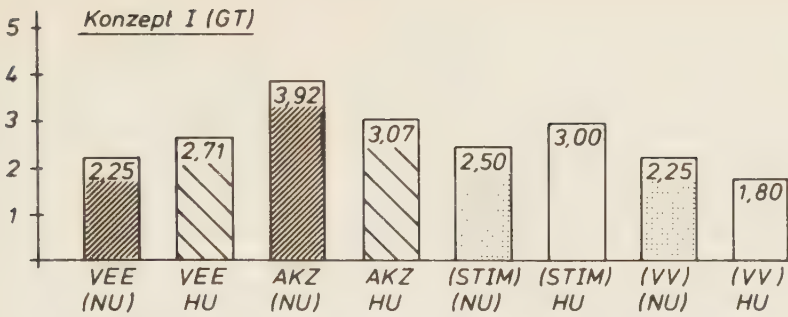
Am Anfang und gegen Ende - nicht aber in der Mitte - tritt beim gesprächspsychotherapeutischen Konzept verglichen mit den zusammengefaßten variablen Werten des methodenkombinierten und verhaltenstherapeutischen Konzepts eine unterschiedliche verbale Verstärkung auf (Anfang: 5 % - Niveau; Ende: 1 % - Niveau).

Beachtenswert ist, daß sich im Mittelstadium der Therapie die drei Therapiekonzepte auf ein vergleichbares Maß eingependelt zu haben scheinen.

2.5. Zusammenfassung: Realisierung der drei Therapiekonzepte:

Durch die zusätzliche Überprüfung mit dem nonparametrischen U-Test konnte auch für die Variabel Verbale Verstärkung wie für die übrigen Therapeutenvariablen im Interkonzeptvergleich eine signifikant unterschiedliche Realisierung festgestellt werden.

Damit kann für alle Therapeutenverhaltensmerkmale VEE, Stimulation, Akzeptierung und Verbale Verstärkung die Arbeitshypothese angenommen werden bzw. die Untersuchungsfrage 1 in vollem Umfang positiv beantwortet werden: Die Therapiekonzepte unterscheiden sich hinsichtlich dieser Therapeutenvariablen in einem Ausmaß, welches die weitere Überprüfung der Behandlungseffekte ermöglicht.



-  = Im Konzept enthaltene Therapeutenverhaltensmerkmale in der Nachuntersuchung (NU)
-  = Im Konzept enthaltene Therapeutenverhaltensmerkmale in der Hauptuntersuchung (HU)
-  = Nicht im Konzept enthaltene, aber realisierte Merkmale in der Nachuntersuchung (NU)
-  = Nicht im Konzept enthaltene, aber realisierte Merkmale in der Hauptuntersuchung (HU)

Abb. 2: Realisierung der Therapeutenverhaltensmerkmale in Haupt- und Nachuntersuchung

2.5.1. Methodenkombination

Die Ergebnisse zur Realisierung der einzelnen, von einander abgegrenzten Therapiekonzepte in Haupt- und Nachuntersuchung sollen im Folgenden zusammengefaßt werden: Im methodenkombinierten Konzept III sind in der Haupt- und Nachuntersuchung alle miteinander kombinierten Therapeutenverhaltensmerkmale konzeptgemäß so verwirklicht worden, daß es sich signifikant von den eher orthodoxen Konzepten abhebt. Das in der Hauptuntersuchung "nur" mittlere Ausmaß der vier Therapeutenvariablen steigerte sich in der Nachuntersuchung im Vergleich zu den herkömmlichen Konzepten fast durchgängig. Die methodenkombinierenden Therapeuten verhielten sich recht aktiv, zeigten ein freundliches, zugewandtes Verhalten, griffen oft Wünsche und Vorstellungen der Kinder auf, um sie mit ihnen weiter zu entwickeln und verstärkten durch differenzierte verbale Verstärkung hin und wieder die Zielbereiche; es gelang ihnen jedoch nicht so wie den orthodoxen GP-Therapeuten VEE zu realisieren.

Das in der Nachuntersuchung erreichte, sogar gesteigerte Realisierungsausmaß der nicht erneut trainierten kombinierten Therapeutenvariablen spricht dafür, daß es möglich und sinnvoll ist, kurz- und längerfristig eine erfolgreiche Kombination verschiedener Elemente aus unterschiedlichen Therapierichtungen anzunehmen.

⁺ Sämtliche Korrelationen der Nachuntersuchung sind
- wohl aufgrund der kleinen Stichprobenumfänge (N = 12)
- nicht signifikant; für ein Signifikanzniveau von
5 % wäre mindestens ein Korrekationskoeffizient von
 $r = 0.58$ zur Annahme einer Signifikanz notwendig.

Tabelle 13: Konzept III: Zusammenhänge zwischen den Therapeutenverhaltensmerkmalen

Therapeuten- verhaltens- merkmale	2.K.	Sign.	5.K.	Sign.	9.K.	Sign.	X	Sign.	Nach- unter- suchung	Sign.
VEE-Akzep- tierung	.36	5 %	.40	5 %	-.13	-	-.21	-	(.13)	-
VEE-Stimu- lation	.40	5 %	.44	5 %	.71	0.1 %	.51	1 %	(.09)	-
VEE-Verb. Verstärkung	-.31	-	.86	0.1 %	.48	1 %	.34	5 %	(-)	-
Akzept.- Stim.	.75	0.1 %	-.53	1 %	-.37	5 %	-.05	-	(-0.06)	-
Akzept.- Verb.Ver.	.90	0.1 %	.52	1 %	-.69	0.1 %	.24	-	(.25)	-
Stimula- tion-V.V.:	.54	0.1 %	.07	-	-.21	-	-.13	-	(.31)	-

Der anfänglich hohe positive Zusammenhang zwischen fast allen Therapeutenvariablen (VEE-Verbale Verstärkung; Stimulation-Verbale Verstärkung; VEE-Akzeptierung; Akzeptierung-Stimulation) sinkt im Verlauf der Therapie (außer bei den beiden Therapeutenvariablen VEE und Stimulation, der durchschnittlich sehr hoch bestehen bleibt. Dieses Absinken des anfänglich sehr hohen Ausmaßes und Zusammenhangs der Therapeutenvariablen könnte darauf schließen lassen, daß die Anforderungen an den methodenkombinierenden Therapeuten aus dem Interventionsspektrum der verschiedenen Therapeutenmerkmale diejenigen in bestimmten Situationen differenziert einzusetzen, die der Zielsetzung des jeweiligen Kindes und der Situation entsprechen, immer mehr "gelernt" und erfüllt wurden.

Es erscheint also sinnvoller, dem Therapeuten mehrere und unterschiedliche Interventionsalternativen vorzugeben und ihm den Einsatzzeitpunkt der jeweiligen Variablen zu überlassen, als ein streng regerregtes, mechanistisches Therapiekonzept einzutrainieren. Die methodenkombinierenden Therapeuten lernten wohl immer mehr, sich auf die konkrete Therapiesituation flexibel einzustellen und entsprechend fördernd auf die Lernbehinderten zu reagieren.

Es ist den methodenkombinierenden Therapeuten gelungen, sowohl das klientenzentrierte Basisverhalten zu realisieren (VEE-Akzeptierung: signifikant im Anfang- und Mittelstadium der Therapie; im Nachuntersuchungskontakt: positive, wenn auch nicht signifikante Korrelationen), als auch das klientenzentrierte Basisverhalten mit den verhaltenstherapeutischen Elementen Verbale Verstärkung (Korrelation zu VEE im Mittel- und Endstadium sehr signifikant positiv; mit Akzeptierung im Anfangs-, Mittelstadium und Nachuntersuchungskontakt positiv bis sehr bedeutsam positiv) und Stimulation in Richtung der Zielbereiche (steht mit VEE in der Hauptuntersuchung in durchschnittlich hohem Zusammenhang) zu integrieren.

Das Ausmaß der methodenkombinierten Variablen nähert sich im Verlauf der Therapie immer mehr dem Ausmaß der verhaltenstherapeutischen Interventionsmerkmale an. Gegen Ende der Therapie differenziert nur noch die Variable VEE zwischen dem eher verhaltenstherapeutischen und dem methodenkombinierten Konzept.

2.5.2. KONZEPT: GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

Insgesamt zeichnet sich das eher orthodox gesprächs-psychotherapeutische Konzept I durch ein besonders homogenes Therapeutenverhalten aus, d.h. es treten durchweg positive Korrelationen zwischen allen Therapeutenvariablen auf, die im durchschnittlich mittleren Ausmaß realisiert werden. Aufgrund der gleichen Ausbildung verwirklichen die Gesprächspsychotherapeuten erwartungsgemäß in Haupt- und Nachuntersuchung ein sehr einheitliches Basisverhalten, das sich durch eine gegenüber den anderen Therapiekonzepten deutlich signifikant höhere VEE "auszeichnet". So kann die Therapeutenvariable VEE in beiden Untersuchungsabschnitten als ein "differentielles Merkmal" zwischen den Therapiekonzepten angesehen werden.

Tabelle 14: Konzept I: Zusammenhänge zwischen den Therapeutenverhaltensmerkmalen

Therapeuten- verhaltens- merkmale	2.K.	Sign.	5.K.	Sign.	9.K.	Sign.	X	Sign.	Nach- unter- suchung	Sign.
VEE-Akzep- tierung	.49	1 %	.48	1 %	.62	0.1 %	.53	1 %	(.17)	-
VEE-Stimu- lation	.55	0.1 %	.48	1 %	.96	0.1 %	.66	0.1 %	(.19)	-
VEE-Verb. Verstärkung	-	-	.85	0.1 %	-	-	-	-	(.11)	-
Akzept.- Stimulation	.28	-	.99	0.1 %	.62	0.1 %	.63	0.1 %	(.30)	-
Akzept.- Verb.Verst.	-	-	.18	-	-	-	-	-	(.17)	-
Stimula- tion V.V.	-	-	.18	-	-	-	-	-	(.19)	-

Entgegen der theoretischen Konzipierung verwirklichen die Gesprächspsychotherapeuten zusätzlich STIMULATION - auf einem signifikant niedrigen Niveau als in den anderen Therapiekonzepten - doch in einem erstaunlich hohen Ausmaß in Haupt- und Nachuntersuchung. Die Therapeuten des Konzepts I tendierten dazu, von sich aus das als "orthodox" nondirektiv geplante Basisverhalten in Richtung auf neuere differentielle klientenzentrierte Ansätze abzuwandeln. Es ist zu vermuten, daß die Verwirklichung der methodenreinen GPT wie in vorangegangenen klientenzentrierten Untersuchungen (vgl. BOMMERT u.a., 1975) so viele Schwierigkeiten mit sich brachte, daß die Therapeuten entgegen dem vorgegebenen orthodoxen Therapiekonzept Stimulation zur Förderung der Lernbehinderten als unerlässlich ansahen.

In diesem Konzept besteht ein sehr hoher Zusammenhang von VEE und STIMULATION, die höchste signifikante Korrekation zwischen diesen beiden Therapeutenvariablen im Unterschied zu den anderen beiden Konzepten; in der Mittelphase aller Therapiekonzepte: Ausgleichung der Stimulationswerte. Bei den therapeuti-

schen Interventionen lag dabei wohl das Hauptgewicht weniger auf der Verbalisierung jeglicher emotionaler Erlebnis-inhalte, als auf der differenzierten Stimulation und Verstärkung der Reaktionen im Sinne der Zielbereiche Selbstdarstellung (Selbstexploration), Kooperation, Konfliktlöseverhalten, Angstabbau

2.5.3. KONZEPT: VERHALTENSTHERAPIE

Im verhaltenstherapeutischen Therapiekonzept II verwirklichten die Verhaltenstherapeuten zusätzlich (wie in dem anderen orthodoxen Konzept) zu den trainierten Verhaltensmerkmalen eine "konzeptfremde" Variable AKZEPTIERUNG. Für Haupt- und Nachuntersuchung kann diese Variable also nicht als differentiell Merkmal gelten. Besonders gegen Ende des Therapieprozesses besteht kein Unterschied in dem Ausmaß von Akzeptierung bei den verschiedenen "Therapeutentypen". Anscheinend ist die Verwirklichung dieses Therapeutenmerkmals - auch ohne Training - ein notwendiger Bestandteil jeder Therapie.

Die Realisierung und Steigerung von Akzeptierung bei den Verhaltenstherapeuten läßt darauf schließen, daß es ihnen gelingt, Akzeptierung und Freundlichkeit, die Betrachtung des Kindes als Partner mit den verhaltenstherapeutischen Elementen: Verbale Verstärkung (hoher positiver Zusammenhang: Akzeptierung-Verbale Verstärkung) und STIMULATION (signifikant positiver Zusammenhang: Akzeptierung-Stimulation in den Anfangskontakten) zu vereinbaren.

Tabelle 15: Konzept II: Zusammenhänge zwischen den Therapeutenverhaltensmerkmalen

Therapeuten- verhaltens- merkmalen	2.K.	Sign.	5.K.	Sign.	9.K.	Sign.	X	Sign.	Nach- unter- suchung	Sign.
VEE-Akzep- tierung	-	-	-	-	-	-	-	-	(.36)	-
VEE-Stimu- lation	-	-	-	-	-	-	-	-	(.25)	-
VEE-Verb. Verstärkung	-	-	-	-	-	-	-	-	(-.31)	-
Akzep.- Stim.	.53	1 %	-.03	-	.15	-	.21	-	(-.13)	-
Akzept.- Verb.Ver.	.75	0.1 %	.88	0.1 %	.51	1 %	.71	0.1 %	(-.34)	-
Stimulation Verb.V.	.67	0.1 %	.05	-	-.37	5 %	.11	-	(.29)	-

Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis ist, daß die stärkere Strukturierung und Lenkung, die von den Verhaltenstherapeuten konzeptgemäß gefordert war, durch ein mittleres Maß an Strukturierung, das der Definition von Stimulation entspricht, ersetzt wurde. Stimulierende Verhaltensweisen verbunden mit Akzeptierung scheinen den Verhaltenstherapeuten der Situation der Lernbehinderten therapeutisch förderlich und angemessener zu sein als eine straffe Lenkung.

Die Annäherung im Ausmaß der verhaltenstherapeutischen Variablen an die im methodenkombinierten Konzept realisierten - außer VEE - läßt als Ergebnis festhalten, daß - in der Zusammenschau mit den Behandlungseffekten ein mittleres Ausmaß an lenkenden, stimulierenden Verhaltensweisen verbunden mit einer akzeptierenden, freundlichen therapeutischen Beziehung lernbehinderter Sonderschüler und damit wohl auch Normalschüler in diesem Alter am ehesten gerecht zu werden scheint.

In der Nachuntersuchung stieg das zahlenmäßig höhere durchschnittliche Ausmaß von verbaler Verstärkung und Akzeptierung, das Ausmaß an Stimulation sank.

III.B. EFFEKTE

1. VERÄNDERUNGEN IN DEN SOZIAL-EMOTIONALEN ZIELBEREICHEN

Untersuchungsfrage 2 zielt auf die Überlegenheit des methodenkombinierenden Konzepts hinsichtlich der Therapieeffekte in den gesamten Zielbereichen. Aufgrund des Ausmaßes der Therapeutenvariablen STIMULATION und VERBALE VERSTÄRKUNG in Richtung dieser Zielbereiche wird ein größeres Ausmaß an Veränderungen auf der Erlebens- und Handlungsebene im methodenkombinierenden und verhaltenstherapeutischen als in dem orthodox gesprächspsychotherapeutischen Konzept erwartet. Es werden zunächst die gerateten Kindervariablen KOOPERATIONSVERHALTEN und SELBSTEXPLORATION im Gesamtverlauf und in den einzelnen Therapiestadien verglichen, danach erfolgt die Prüfung der Veränderungen zu den Meßzeitpunkten Vor-, Nach- und Nachuntersuchungstest.

1.1. KOOPERATIONSVERHALTEN

Tabelle 16: Gesamtverlauf: KOOPERATIONSVERHALTEN (t- und U-Test):

		I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/II ₊ III	II/I ₊ III
Haupt- unter- suchung	t:	1 %	-	-	n.b.	-	n.b.
	U:	1 %	0.1 %	0.1 %	0.1 %	-	0.1 %

Die anhand der Mittelwertvergleiche statistisch nicht zu sichernden Unterschiede im Kooperationsverhalten der von methodenkombinierenden Therapeuten betreuten Kinder, erweist sich aufgrund des nonparametrischen Tests als hoch signifikant (0.1 % - Niveau) Unterschied sowohl zu den gesprächspsychotherapeutischen wie auch zu den verhaltenstherapeutischen Gruppen. Somit läßt sich die Hypothese: Das Ausmaß der Zunahme an Kooperationsverhalten ist bei Methodenkombination

am größten, für den Gesamtverlauf der Hauptuntersuchung bestätigen.

Die Effekte des methodenkombinierten Konzepts liegen im Bezug auf das Kooperationsverhalten der lernbehinderten Schüler sehr bedeutsam höher als die Effekte, die von den herkömmlichen Therapieverfahren erzielt werden.

Dies bestätigt auch das Ergebnis der Prüfung der zusammengefaßten Werte des Kooperationsverhaltens in den Gruppen der orthodoxen Konzepte gegenüber dem methodenkombinierten Konzept: ein ebenfalls hoch signifikanter Unterschied.

Bemerkenswert ist der auf dem 1 % - Niveau (in t- und U-Test gesichert) im höheren Ausmaß an kooperativem Schülerverhalten im eher klientenzentrierten Konzept gegenüber den Verhaltenstherapeuten, die gerade diesen Zielbereich differenziert verstärken und fördern sollten. Auch die zusammengefaßten Schülerwerte im Kooperationsverhalten des per Definition die Basisvariablen enthaltenen Therapiekonzepte gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept erweisen sich als hoch signifikant unterschiedlich. Dies scheint darauf hinzuweisen, daß die "differentielle" Variable VEE eine wichtige Rolle zur Förderung von Kooperationsverhalten spielt. Da VEE in allen drei Therapiekonzepten aber durchschnittlich auf einer zahlenmäßig niedrigen Stufe verwirklicht wurde, ist hier nur eine sehr vorsichtige Interpretation möglich. Die Berechnung der Korrelationen zwischen Therapeutenvariable VEE (die in der Realisierung sehr ansteigt) und Kooperationsverhalten im eher gesprächspsychotherapeutischen Konzept ergibt im Mittelstadium der Therapie einen sehr signifikanten positiven Zusammenhang (vgl. III.B.3.).

1.2. Therapiestadien

Tabelle 17: Interkonzeptvergleich: Therapiestadien KOOPERATION (t- und U-Test)

Konzept	I/II	II/III	I/III	I ₊ III/II	I/III ₊ II	I ₊ II/III
Therapie- stadien						
2. Kontakt Vari- anzen:	0.30/0.25	0.31/0.45	0.30/0.31	n.b.	0.30/0.37	n.b.
sign.:	-	-	-		-	
t-Wert:	5 %	0.2 %	(25 %)		-	
U-Test:	5 %	1 %	-	1 %	-	1 %
5. Kontakt Vari- anzen:	0.50/0.25	0.19/0.53	0.50/0.19	n.b.	0.50/0.52	n.b.
sign.:	-	5 %	5 %		-	
t-Wert:	5 %	-"	-"		-	
U-Test:	5 %	0.1 %	-	1 %	-	0.1 %
9. Kontakt Vari- anzen:	0.26/0.13	0.13/0.56	0.26/0.13	n.b.	0.26/0.46	n.b.
sign.:	-	1 %	-		-	
t-Wert:	-"	0.1 %			(25 %)	
U-Test:	-	-	1 %	0.1 %	-	1% ⁺ /5%

⁺ bei einseitiger Fragestellung

Bei der differenzierteren Betrachtung bleibt die Überlegenheit des methodenkombinierten Konzepts in seiner Wirkung auf das Kooperationsverhalten der Sonderschüler in den einzelnen Therapiestadien bestehen. Gegenüber den Verhaltenstherapeuten erzielten die methodenkombinierenden Therapeuten im Anfangsstadium der Therapie ein hoch signifikant größeres Ausmaß an Kooperation; im Mittelstadium "steigert" sich dieser Unterschied den Verhaltenstherapeuten gegenüber auf eine sehr hohe Signifikanz. Im Endstadium der Therapie tritt nur noch ein Unterschied (1 % - Niveau) gegenüber den eher klientenzentrierten Therapeuten auf. Diese Überlegenheit des methodenkombinierten Konzepts in der Kooperationsförderung gegenüber den Gesprächspsychotherapeuten

ist im Anfangs- und Mittelstadium der Therapie nicht zu sichern.

Der "Abstand" zwischen den herkömmlichen Konzepten in der Effektivität von Kooperationsförderung zeigt sich im Anfang- und Mittelstadium der Therapie signifikant gesichert (5 % - Niveau); gegen Ende der Therapie besteht kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den herkömmlichen Konzepten.

Die Auswirkungen des methodenkombinierten Konzepts gegenüber den zusammengefaßten Werten der eher orthodoxen Therapiekonzepte auf das Kooperationsverhalten nimmt mit ansteigender Therapiedauer zu: Im Anfangs- und Mittelstadium der Therapie ist der Unterschied mit 1 % - Signifikanz, gegen Ende mit 0,1 % - Sicherheit nachzuweisen.

In der Mitte der Therapiekontakte sind die Unterschiede zwischen den Konzepten am deutlichsten sichtbar. Durch Methodenkombination, d.h. durch das Eingehen sowohl auf den einzelnen wie auch auf die Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern, wird eine bedeutsame Steigerung der Kooperationswerte zu den durchschnittlich höchsten Kooperationswerten, die insgesamt in den gesamten Therapiekontakten erreicht wurden.

Die durchschnittlichen Kooperationswerte der Therapiegruppen in dem Nachuntersuchungskontakt liegen numerisch in allen drei Konzepten höher als die Mittelwerte der Hauptuntersuchung. Da die Ratingdaten der Haupt- und Nachuntersuchung prüfstatistisch nicht vergleichbar sind, da durch eine starke Dezimierung der ursprünglichen Stichprobe für die Nachuntersuchung eine neue Zusammenstellung aller Untergruppen innerhalb der Konzepte notwendig war, ist keine statistisch gesicherte Steigerung, bzw. Stabilität der Effekte des methodenkombinierenden Konzepts (numerisch höchster Mittelwert, der niedrigste Mittelwert findet sich im verhaltenstherapeutischen Konzept) möglich.

Bemerkenswert ist jedoch die hohe Ausprägung des Kooperationsverhaltens, die sich in allen drei Konzepten nach 6-monatiger Therapiepause gesteigert hat.

2. SELBSTEXPLORATION

2.1. Gesamtverlauf: Interkonzeptvergleich

Tabelle 18: Gesamtverlauf SELBSTEXPLORATION (t- und U-Test):

		I/II	II/III	I/III	I ₊ II/III	I/II ₊ III	II/I ₊ III
Haupt- unter- suchung	t:	-	5 %	-	n.b.	n.b.	(10 %)
	U:	-	0.1 %	-	-	-	-

Die statistische nonparametrische Überprüfung des Therapieprozesses erbringt zwischen dem methodenkombinierten Therapiekonzept (höchste Selbstexplorationswerte) und dem verhaltenstherapeutischen Konzept (niedrigste Selbstexplorationswerte der Schüler) eine sehr hoch bedeutsame "Verbesserung" des Signifikanzniveaus (0,1 %) gegenüber dem parametrischen Test (5 %).

Keine signifikanten Unterschiede bestehen zwischen den eher orthodoxen Konzepten I und II, auch keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden die Basisvariablen enthaltenen gesprächspsychotherapeutischen und methodenkombinierenden Konzept.

Die zusammengefaßten Selbstexplorationswerte der Schüler in den beiden Konzepten mit dem gesprächspsychotherapeutischen Basisverhalten, ~~kann~~ allerdings gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept durch den U-Test auf dem 5 % - Signifikanzniveau als über einen tendenziellen Unterschied (t-Test: 10 % - Signifikanz) hinausgehend gesichert werden.

Dies spricht dafür, daß aufgrund der Realisierung von VEE ein unterschiedliches Ausmaß an Selbstexploration - wenn auch nicht in dem Ausmaße wie nach den bisherigen Forschungsergebnissen zu erwarten wäre - zwischen den herkömmlichen Therapiekonzepten vorhanden ist. Trotz der signifikant niedrigsten Realisierung von VEE besteht ein vergleichsweise erstaunlich hohes durchschnittliches Maß an Selbstexploration bei den verhaltenstherapeutisch geführten Gruppen.

2.1. Therapiestadien

Tabelle 19: Interkonzeptvergleich: Therapiestadien SELBSTEXPLORATION (t- u. U-Test)

Konzept		I/II	II/III	I/III	I ₊ III/II	I/III ₊ II	I ₊ II/III
Therapiestadien							
2. Kontakt	Vari- anzen:	0.96/0.72	0.72/0.72	0.90/0.72	0.96/0.72	n.b.	n.b.
	sign.:	-	-	-	-		
	t-Wert:	-	0.1 %	1 %	5 %		
	U-Test:	-	5 %	5 %	5 %	-	1 %
5. Kontakt	Vari- anzen:	0.62/0.69	0.30/0.69	0.62/0.30	0.42/0.62	n.b.	n.b.
	sign.:	-	5 %	-	-		
	t-Wert:	(25 %)	-"	-	(25 %)		
	U-Test:	-	-	-	-	-	-
9. Kontakt	Vari- anzen:	0.63/0.62	0.77/0.62	0.53/0.62	0.59/0.62	n.b.	n.b.
	sign.:	-	-	-	-		
	t-Wert:	-	(25 %)	(25 %)	-		
	U-Test:	-	-	-	-	-	-

Bei der detaillierteren Betrachtung der Therapiestadien bestehen nur in den Anfangskontakten der Therapie signifikante Unterschiede in der Selbstexplorationsförderung durch die einzelnen Therapiekonzepte.

Die Kindervariable Selbstexploration wird im methodenkombinierten Konzept bedeutsam höher als unter den verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten realisiert (5 % - Signifikanz), gegenüber den gesprächstherapeutischen Gruppen explorieren sich die Kinder im Rahmen der Methodenkombination am Anfang der Therapie bedeutsam höher (1 % - Signifikanz).

Wie im Gesamtverlauf läßt sich kein Unterschied in den einzelnen Therapiestadien zwischen den beiden orthodoxen Therapiekonzepten sichern.

Das orthodox gesprächspsychotherapeutische Konzept

weist im Zielbereich Selbstexploration die geringsten Schwankungen, also ein stabiles SE-Niveau über die gesamte Therapiezeit hinweg auf.

Auch nur in den Anfangsstadien kann bei der Zusammenfassung einzelner Konzepte ein bedeutsamer Unterschied gesichert werden: Bei den VEE-enthaltenden Konzepten gegenüber den verhaltenstherapeutischen ein mit 5 % - Sicherheit in t- und U-Test; beim methoden-kombinierten Konzept gegenüber den eher orthodoxen Therapiegruppen eine hoch signifikante Überlegenheit, die aber in der übrigen Therapiezeit verschwindet.

Das Absinken der Selbstexplorationswerte im methoden-kombinierten Konzept vom anfänglich höchsten Selbst-explorationsniveau und damit eine Angleichung an die beiden übrigen Konzepte, bedeutet ein Einpendeln auf ein mittleres, den Konzepten der orthodoxen Richtungen vergleichbares Maß.

Die entgegen der Erwartung nicht vorhandene Steigerung der Selbstexploration in den Konzepten mit dem Basisverhalten dürfte mit dem insgesamt nicht so hoch wie erwartet realisierten Therapeutenmerkmal VEE zusammenhängen.

Die Hypothese der unterschiedlichen Wirkung der Methodenkombination auf den Zielbereich SELBSTEXPLORATION kann nur gegenüber dem verhaltenstherapeutischen Konzept im Gesamtverlauf und gegenüber dem gesprächstherapeutischen Konzept nur im Anfangsstadium der Therapie aufrecht erhalten werden.

3. Zusammengefaßte Darstellung der Effekte (Kinder variablen in Bezug zum Therapeutenverhalten)

Tabelle 20: Zusammenhänge zwischen den Therapeuten- und Kinderverhaltensmerkmalen
in Konzept I (Signifikanz = S)

Verhaltens- merkmale	2.K.	S	5.K.	S	9.K.	S	X	S	Nachunter- suchung	S
VEE - SE	.66	+++	.91	+++	.64	+++	.73	+++	(.39)	(--)
VEE - Koop.	.06	-	.43	++	.04	-	.17	-	(-.24)	(--)
Stimulation										
- SE	.95	+++	.72	+++	.78	+++	.81	+++	(.07)	(--)
Stim.-Koop.	.62	+++	.22	-	.08	-	.30	-	(.42)	(--)
Verb.Verst.										
- SE	--	--	.59	+++	--	--	--	--	(-.13)	(--)
Verb.Verst.										
- Koop.	--	--	.82	+++	--	--	--	--	(.40)	(--)

Tabelle 21: Zusammenhänge zwischen den Therapeuten- und Kinderverhaltensmerkmalen
in Konzept II (Signifikanz = S)

Verhaltens- merkmale	2.K.	S	5.K.	S	9.K.	S	X	S	Nachunter- suchung	S
Stim. - SE	.49	+++	.84	+++	-.50	++	.27	-	(-.25)	(--)
Stim.-Koop.	.53	+++	.09	-	-.37	+	.08	-	(.13)	(--)
Verb.Verst.										
- SE	.52	++	.43	++	-.23	-	.24	-	(-.73)	(++)
Verb.Verst.										
- Koop.	.96	+++	.37	-	.60	+++	.71	+++	(-.58)	(+)

Tabelle 22: Zusammenhänge zwischen den Therapeuten- und Kinderverhaltensmerkmalen
in Konzept III (Signifikanz = S)

Verhaltens- merkmale	2.K.	S	5.K.	S	9.K.	S	X	S	Nachunter- suchung	S
VEE - SE	.68	+++	-.48	++	-.72	+++	.14	-	(.11)	(--)
VEE - Koop.	.00	-	-.23	-	-.87	+++	-.36	+	(.45)	(--)
Akzept. vs. Abl. SE	.27	-	-.57	+++	.12	-	-.06	-	(-.17)	(--)
Akzept. vs. Abl.-Koop.	.89	+++	-.47	++	.13	-	.18	-	(.75)	(+)
Stim. - SE	.71	+++	.13	-	-.03	-	.27	-	(-.76)	(+)
Verb.Verst.										
- SE	-.09	-	-.39	++	-.09	-	-.19	-	(.24)	(--)
Verb.Verst.										
- Koop.	.85	+++	-.83	+++	-.32	-	-.10	-	(.49)	(--)

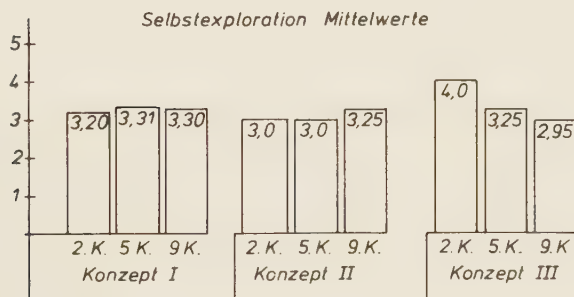
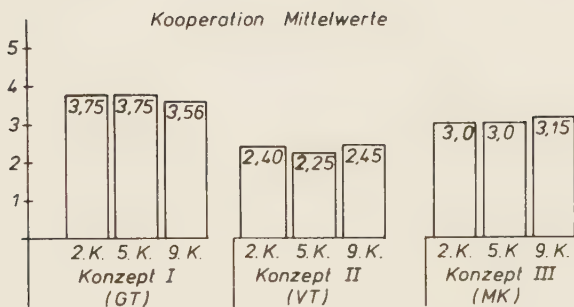


**Abb. 3: Mittelwerte der Kindervariablen
im Konzeptvergleich**

Festzuhalten ist, daß die Kindergruppen des neuen, methodenkombinierten Therapiekonzepts bei der Gesamtbetrachtung der Hauptuntersuchung - vor allem in der ersten Therapiehälfte signifikant bis hoch signifikant bessere Ergebnisse im Zielbereich SELBSTEXPLORATION, SELBSTDARSTELLUNG erbrachten. In der zweiten Therapiehälfte sinken die Selbstexplorationswerte ab und pendeln sich auf ein den herkömmlichen Therapieverfahren vergleichbares Maß ein; die anfänglich sehr hohe positive Korrelation mit dem Therapeutenverhaltensmerkmal VEE wird negativ. Im Vergleich dazu weist das gesprächspsychotherapeutische Konzept bei ansteigender VEE und gleichbleibend sehr hoher positiver Korrelation zwischen VEE und Selbstexploration die stabilsten Selbstexplorationswerte auf. Dies bestätigt die in der Erwachsenen-Gesprächspsychotherapie allgemein gesicherten signifikanten positiven Zusammenhänge zwischen VEE und Selbstexploration (vgl. u.a. MINSEL/LANGE, 1973; TAUSCH, 1975; BOMMERT u.a., 1972). Dies wird auch durch den gesicherten Unterschied zum Verhaltenstherapeutischen Konzept und durch den nicht vorhandenen Unterschied zwischen den beiden das Basisverhalten realisierenden Therapiekonzepten I und II gestützt.

Das Ergebnis der numerisch höchsten Selbstexplorationswerte im methodenkombinierten Konzept weist darauf hin, daß die Elemente der Methodenkombination: Stimulation und VEE in der Selbstexplorationsförderung in die gleiche Richtung wirken. Ein mittleres Ausmaß an Stimulation (wie im gesprächspsychotherapeutischen Konzept und am Anfang des methodenkombinierenden Konzepts) beeinflusst positiv die Zielbereiche Selbstexploration und Kooperation; (ein Absinken der Stimulation bei den methodenkombinierenden Therapeuten geht mit zunehmend negativem Zusammenhang zu Kooperation und Selbstexploration einher. Der durchgängig bedeutsam negative Zusammenhang zwischen

VEE und dem kooperativen Verhalten der lernbehinderten Schüler in den methodenkombinierten Gruppen spricht dafür, daß dieses Therapeutenmerkmal eher individuelles Verhalten als gemeinschaftliche Aktionen der Kinder anspricht. Dafür sprechen auch die abfallenden Kooperationswerte in rein nondirektivem Konzept, in dem die Realisierung von VEE ansteigt.

Für die höheren Kooperationswerte im methodenkombinierten Konzept scheint die Kombination eines mittleren Ausmaßes an VEE, eines mittleren Ausmaßes an Stimulation, Akzeptierung und verbaler Verstärkung zusammenzuwirken: mit dem Absinken des Ausmaßes dieser Variablen im Laufe der Therapie werden die Korrelationen bedeutsam negativ, bzw. werden bei größerer Realisierung (z.B. Akzeptierung - Kooperation in der Nachuntersuchung signifikant positiver Zusammenhang) wieder eng verbunden.

Die fast gleichbleibend bedeutsam niedrigen Kooperationswerte - die im verhaltenstherapeutischen Konzept durch differentielle Verstärkung gefördert, bzw. das mit Kooperation inkompatible Verhalten gelöscht werden sollte - deuten darauf hin, daß das rein verhaltenstherapeutische Therapieprogramm für Lernbehinderte weniger geeignet ist. Lernbehinderte Schüler kommen bei dieser Förderung in diesem Verhaltensbereich über einen Anfangserfolg zu keinen wesentlichen Änderungen (hoher positiver Zusammenhang mit Stimulation, der negativ wird). Eine Ausnahme bildet die Variable Verbale Verstärkung mit einem durchschnittlich sehr hohen positiven Zusammenhang zu Kooperation (das Ausmaß an verbaler Verstärkung ist allerdings sehr wenig ausgeprägt). Der tiefe Stand an Kooperationswerten im Mittelstadium der Therapie im Vergleich zu den anderen Therapiekonzepten könnte bedeuten, daß nach anfänglicher Orientierung an dem Gruppengeschehen das einzelne Gruppenmitglied mehr in den Vordergrund rückt und dies durch die beiden anderen Therapiekonzepte eher "aufgefangen" werden kann.

Die beiden Zielbereiche auf der Verhaltensebene Kooperation/Selbstexploration treten zu Anfang der Therapie im methodenkombinierten Konzept als zwei voneinander unabhängige Schülerverhaltensmerkmale auf; und treten dann in eine im Mittelstadium bedeutsam positive und im Endstadium sehr signifikant positive Beziehung. Es ist zu vermuten, daß in der Hauptuntersuchung bei einem mittleren Ausmaß an Kooperation und einem mittleren Ausmaß an Selbstexploration zunehmend im Laufe der Therapie durch systematische Förderung aufgrund der methodenkombinierten Variablen diese beiden Verhaltensweisen gehäuft gekoppelt miteinander auftreten, d.h. kooperatives Verhalten mit Selbsteinbringung und Selbstdarstellung eng gekoppelt wird (s. Anhang: Korrelation: Kooperation - Selbstexploration).

4. EFFEKTE: Veränderungswerte in den Zielbereichen auf der Erlebensebene:

In der Fragestellung 2 dieser Untersuchung ist postuliert, daß das methodenkombinierte Therapiekonzept sich im Unterschied zu den herkömmlichen Therapiekonzepten effektiver in der Veränderung der Zielbereiche auf der Erlebensebene (Neurotizismus/Angst/soziale Erwünschtheit/soziale Reife) erweist. Zur möglichst differenzierten Beantwortung dieser Hypothese und Beschreibung der Therapieeffekte wird anhand einer - besonders für lernbehinderte Sonderschüler - breit angelegten Testbatterie zu den Meßzeitpunkten Vor-, Nach- und Nachuntersuchungstest Aussagen gemacht.

Als Voraussetzung für die Weiterverwendung der Daten aus Haupt- und Nachuntersuchung geschieht die Überprüfung der Homogenität der Therapiegruppen der Hauptuntersuchung (vgl. Anhang: Gruppenbildung A1) hinsichtlich ihrer Vortestdaten, um Veränderungen dieser Daten als Behandlungseffekte interpretieren zu können.

Tabelle 23: Überprüfung der Homogenität der Kindergruppen (Vortestdaten)⁺
(Hauptuntersuchung)

		KI $\bar{x}$	K II $\bar{x}$	K III $\bar{x}$	Kon. $\bar{x}$	F-Wert	Signif.
A	Pa	47.95	47.20	48.90	51.16	n.b.	--
F	MA	49.85	49.70	49.30	56.83	2.295	0.082 --
S	SU	54.75	54.79	53.50	55.38	n.b.	--
	SE	57.35	54.45	55.25	59.44	1.346	0.264 --
S	SE	9.25	8.41	8.75	7.77	1.255	0.294 --
E	SR	9.20	8.91	10.05	9.38	n.b.	--
T	SB	8.90	8.16	9.30	8.38	n.b.	--
H	N ₁	6.73	5.95	5.80	6.16	n.b.	--
A	E ₁	6.57	6.82	5.60	5.61	1.709	0.170 --
N	E ₂	6.42	5.56	6.15	5.11	2.150	0.099 --
E							
S							

⁺ geprüft mit Varianzanalyse, BARTLETT-Test (CLAUS/EBNER, 1970, S. 274 ff)

In den ausgewählten Zielbereichen - gemessen durch die Skalen: Neurotizismus (HANES), Prüfungsangst und manifeste Angst (AFS), soziale Erwünschtheit und soziale Reife (SET)-erweisen sich die Gruppen der drei Therapiekonzepte als homogen, sie unterscheiden sich nur zufällig hinsichtlich ihrer Vortestdaten - nur in der Skala Prüfungsangst des AFS zeigen sich Varianzunterschiede: die Varianz des verhaltenstherapeutischen Konzeptes weicht deutlich von den Varianzen der anderen Konzepte ab.

Bei der Darstellung der Ergebnisse im Vergleich der Vor-, Nachtest- und Nachuntersuchungsdaten erfolgt ein Intra-Gruppen-Vergleich der drei Gesamtherapiegruppen. Nur auftretende signifikante Unterschiede im methodenkombinierten Konzept im Vergleich der Konzepte bei der differenzierten Betrachtung nach Untergruppen: Alter, Geschlecht, IQ-Höhe (vgl. JELINEK u.a., 1976) sind im Text aufgeführt, die übrigen Tabellen befinden sich im Anhang.

4.1. Angstskalen des AFS: MANIFESTE ANGST/PRÜFUNGSANGST

Tabelle 24: MANIFESTE ANGST: Hauptuntersuchungsstichprobe;
Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N):
Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$ V	$\bar{x}$ N	err. T	Signifikanz
K I	18	50.8	48.8	36.5	9 %
K II	22	50.0	50.0	103.5	-
K III	19	48.6	49.9	55.5	-

Weder in der Haupt- noch bei der Nachuntersuchung lassen sich signifikante Unterschiede in der Abnahme von manifester Angst für die Gesamtherapiegruppe oder einzelne Untergruppen im methodenkombinierten Konzept feststellen.

Lediglich im orthodox gesprächspsychotherapeutischen Konzept ist für die Gesamtherapiegruppe eine tendenzielle Abnahme an manifester Angst (9 % - Niveau) festzustellen.

In der Untergruppe der weiblichen Lernbehinderten tritt sogar eine Steigerung der manifesten Angst durch die Verhaltenstherapie (4 % - Niveau) auf.

Tabelle 25: PRÜFUNGSANGST: Hauptuntersuchungsstichprobe;
Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N):
Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$ V	$\bar{x}$ N	err. T	Signifikanz
K I	18	49.2	48.1	69.5	-
K II	22	48.1	46.9	82.5	6 %
K III	19	48.1	46.1	44.5	-

Im Gegensatz zum Unterbereich Manifeste Angst des Zielbereiches ANGST wirkt sich das methodenkombinierte Konzept besonders günstig auf situationsspezifische Angst wie die Prüfungsangst aus. Diese signifikante Abnahme in schulischer Angst ist auf dem 6 % - Niveau gesichert. Bei Lernbehinderten mit einem IQ kleiner

als 86 verringert sich diese situationsspezifische Angst bedeutsam während der Behandlungsphase (Signifikanzniveau 3 %) durch Methodenkombination. Bei den 12-14jährigen Schülern und Schülerinnen bewirkt dieses Therapiekonzept sogar eine Abnahme an Prüfungsangst, die sich auf dem 1 % - Signifikanzniveau sichern läßt (vgl. Anhang: Untergruppenvergleich). Diese Effekte tauchten in der Nachuntersuchungsstichprobe in keinem Konzept wieder auf.

4.2. SOZIALE ERWÜNSCHTHEIT/SOZIALE REIFE

Diese verhaltensbestimmenden Konstrukte werden in der Hauptuntersuchung mit dem AFS und dem SET erhoben. Ein hoher Wert an sozialer Erwünschtheit läßt auf "Außenlenkung", ein Abhängigsein von, bzw. Sich-Anpassen an Autorität schließen.

Tabelle 26: SOZIALE ERWÜNSCHTHEIT (SET): Hauptuntersuchungsstichprobe; Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N): Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$ V	$\bar{x}$ N	err.T.	Signifikanz
K I	18	9.2	9.2	84.5	-
K II	22	8.2	7.7	55.0	-
K III	19	8.9	8.9	37.0	-

Nur bei der differenzierten Betrachtung der Untergruppen (vgl. Anhang) der drei Therapiegesamtgruppen zeigten sich Tendenzen, bzw. signifikante Abnahmen der Werte sozialer Erwünschtheit, besonders deutlich im methodenkombinierten Konzept in den Untergruppen: Schülerinnen, und der gesamten Untergruppe der 12-14jährigen.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung sind bei der reduzierten Stichprobe gegenüber den Eingangswerten konstruktive Testveränderungen, d.h. eine bedeutsame Abnahme von sozialer Erwünschtheit nur im verhaltenstherapeutischen Konzept II (Vergleich der Vor- und Nachuntersuchungstestwerte im Interkonzeptvergleich) festzuhalten; dies ist unter Berücksichtigung der Problematik der Nachuntersuchung (vgl. II.B.3.3.) zu bewerten.

Tabelle 27: SOZIALE REIFE (SET): Hauptuntersuchung: Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N): Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	18	9.1	8.8	56.5	0.42	-
K II	22	8.8	9.2	71.0	0.26	-
K III	19	9.7	10.4	36.0	0.15	15 %

Der Gruppenvergleich in Bezug auf die Skala des SET zeigt einen tendenziellen (Signifikanz 15 %) Anstieg von sozialer Reife durch die methodenkombinierte Therapie für den Gesamtgruppenvergleich der Hauptuntersuchung. Bei der Bildung von Untergruppen zeigt sich ebenfalls nur im methodenkombinierten Konzept eine deutliche signifikante Steigerung der sozialen Reife bei den Mädchen (2 % - Niveau). Eine tendenzielle Zunahme ist bei den jüngeren und intelligenteren Kindern in den Untergruppen (s. Anhang) des methodenkombinierten Konzepts festzustellen. Bei den Schülerinnen der verhaltenstherapeutischen Gruppen läßt sich eine leichte Erhöhung (7 % - Niveau) in sozialer Reife nachweisen.

4.3. NEUROTIZISMUS (HANES)

Tabelle 28: NEUROTIZISMUS: Hauptuntersuchungsstichprobe; Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N): Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$ V	$\bar{x}$ N	err.T	Signifikanz
K I	18	6.8	5.6	12.5	1,8 %
K II	22	6.1	5.5	106.5	-
K III	19	5.7	5.4	54.0	-

Bei den Gesprächspsychotherapieklienten ist eine sehr signifikante Abnahme von Neurotizismus im Vergleich der Gesamtgruppe (1,8 % - Niveau) der Hauptuntersuchung erkennbar. In den anderen Konzepten und inner-

halb der Nachuntersuchungsstichprobe lassen sich im Gesamtvergleich keine Veränderungen sichern.

Bei der Betrachtung der Untergruppen zeigen sich allerdings signifikante Änderungen auf der Neurotizismusskala in allen drei Therapiekonzepten: In fast allen Untergruppen des gesprächstherapeutischen Therapiekonzepts; bei den jüngeren und intelligenteren Lernbehinderten, die an methodenkombinierter Therapie teilgenommen haben sowie bei den Schülerinnen, den insgesamt weniger intelligenten und älteren Kindern in den verhaltenstherapeutischen Gruppen. In der Nachuntersuchung ist keine Stabilität der Therapieeffekte im Bezug auf Neurotizismus festzustellen (vgl. Anhang: Untergruppen).

4.4. Testdaten: Intergruppenvergleich (U-Test):

Hauptuntersuchung

Zur Kontrolle wird durch den paarweisen Vergleich jeder Gruppe mit jeder anderen aufgrund der Rangplätze der Daten das Ausmaß der Veränderungen in den Testwerten der Hauptuntersuchung überprüft.

Tabelle 29: Intergruppenvergleich (U-Test):
Veränderung der Testdaten

Konzept I / III

Skala	errechnetes $ u $	$u_{\alpha} (\alpha = 0,05)$	Signifikanz
PA	135,5	116	-
MA	120	116	-
SE	153	116	-
SR	190	116	-
N	138	116	-

Konzept I / II

Skala	errechnetes $ u $	$u_{\alpha} (\alpha = 0,05)$	Signifikanz
PA	0,163	1,64	-
MA	1,3	1,64	-
SE	1,03	1,64	-
SR	0,43	1,64	-
N	1,38	1,64	-

Konzept II / III

Skala	errechnetes $ u $	$u_{\alpha} (\alpha = 0,05)$	Signifikanz
PA	1,529	1,64	0 (6 %)
MA	0,27	1,64	--
SE	1,529	1,64	0 (6 %)
SR	0,16	1,64	-
N	0,31	1,64	-

Beim Vergleich der Gesamtgruppen der Testwertveränderungen der einzelnen Skalen ergibt sich im methoden-kombinierten Konzept ein stärkerer Abfall der Prüfungsangst gegenüber den verhaltenstherapeutischen Gruppen (6 % - Niveau). Ebenfalls im Vergleich der verhaltenstherapeutischen Effekte gegenüber den durch Methodenkombination hervorgerufenen verringerte sich die soziale Erwünschtheit der Verhaltenstherapiegruppen stärker (6 % - Niveau) als in den methodenkombinierten Therapiegruppen.

Bei der Überprüfung der Frage, ob bestimmte Untergruppen (s. Anhang) im einzelnen Therapiekonzept mehr von der Therapie profitieren, erbrachte der Konzeptvergleich durch den U-Test:

- in Bezug auf GESCHLECHTER:

Im methodenkombinierten Konzept nahm der Neurotizismus der weiblichen Lernbehinderten stärker ab als der der männlichen Schüler. Im verhaltenstherapeutischen Konzept nahm die soziale Erwünschtheit der weiblichen Versuchspersonen stärker ab; bei den Schülern sank die manifeste Angst signifikant ab.

- in Bezug auf das ALTER:

Im methodenkombinierten Konzept nimmt die Prüfungsangst und die soziale Erwünschtheit der älteren Kinder gegenüber den Jüngeren stärker ab.

- in Bezug auf den IQ:

Bei Lernbehinderten mit niedrigerem IQ, die an der methodenkombinierten Therapie teilgenommen hatten, sank der Wert in sozialer Erwünschtheit stärker als bei Lernbehinderten mit höherem IQ. Im eher gesprächstherapeutischen Konzept dagegen fiel der soziale Erwünschtheitswert bei den Kindern mit höherem IQ stärker ab.

5. Zusatzergebnisse:

5.1. Schülerfragebogen (SFB)

Obwohl die Auswertung des selbstkonstruierten Schülerfragebogens für Lernbehinderte (SFB) nur eine eingeschränkte Verwendungsmöglichkeit zur Veränderungsmessung ergab, sollen hier die Ergebnisse der Auswertung zusammengefaßt dargestellt werden, da es bisher kein vergleichbares Meßinstrument für Sonderschüler im psychosozialen Bereich gibt. Die Ansätze in der Konstruktion und Auswertungsmöglichkeit bei diesem Fragebogen könnten zur weiteren Verbesserung und Weiterverwendung in vergleichbaren zukünftigen Untersuchungen dienen. Die detaillierte Beschreibung der Konstruktion und Auswertung des Schülerfragebogens für Lernbehinderte findet sich bei JELINEK u.a. (1976, S. 350-382).

Die Trennschärfebestimmung der einzelnen Items des SFB vor den nachfolgenden Faktorenanalysen erbrachte das Herausfallen nur eines Items. Die getrennte Faktorenanalyse für Vor- und Nachtestresultate des SFB wurden durchgeführt, um a) faktorielle Beschreibungsdimensionen für bestimmte psychische Merkmale und Einstellungen der Stichprobe zu gewinnen und b) um zu überprüfen, ob die bei der Konstruktion der Items in tendierten Problem- und Einstellungsbeurteilungen aus den Ergebnissen der beiden Testungen reproduzierbar sind.

Sowohl im Vor- und Nachtest wie auch durch die beiden Analysemethoden: Faktoren- und Hauptkomponentenanalyse ergaben sich drei inhaltlich sich entsprechende Vor-test- und Nachtestfaktoren⁺ (die sowohl im Vor- wie im Nachtest mindestens 5 % der Gesamtvarianz aufklärten):

- FAKTOR I: EMOTIONAL BELASTETE SOZIALE INTERAKTION
- FAKTOR II: NEGATIVES FAMILIENKLIMA
- FAKTOR III: SCHULANGST

Bei der Signifikanzprüfung von Unterschieden der Vor- und Nachtestfaktorenwerte innerhalb der drei Therapieblöcke (mittels eines parametrischen Verfahrens: t-Test für abhängige Stichproben), der Schüler, die an beiden Testungen teilgenommen haben, erbrachte für keinen der drei Faktoren statistisch bedeutsame Veränderungen noch statistische Tendenzen zwischen Vor- und Nachtestfaktorenwerten.

Tabelle 30: Prüfung der Vor- und Nachtestfaktorenwertdifferenzen der drei Therapiekonzepte (t-Test für unabhängige Stichproben)

	Konzept	Varianzen VT/NT	Mittelwerte VT/NT	FG	t-Wert	Signifikanz
Faktor EMOTIONAL BELASTETE SOZIALE INTERAKTION	K I	.89/1.21	-.01/ .28	17	.91	-
	K II	.96/ .53	-.02/- .08	20	.27	-
	K III	1.17/ .76	.27/ .24	15	.12	-
Faktor SCHULANGST	K I	1.17/1.10	-.12/ .01	17	.61	-
	K II	.62/ .56	-.05/- .06	20	.10	-
	K III	1.42/ .69	.24/ .06	15	.32	-
Faktor NEGATIVES FAMILIENKLIMA	K I	1.46/ .40	.17/ .63	17	.98	-
	K II	.86/ .77	.06/- .16	20	1.07	-
	K III	1.67/ .62	.23/ .06	15	.61	-

⁺ (Im Anhang die einzelnen Faktoren und ihre Markier-variablen, Items und der Ladung der Items auf den Faktor)

Die eingeschränkte Verwendbarkeit des SFB zur Feststellung von Veränderungen ergibt sich aus folgenden Gründen:

- Die Voraussetzung der Normalverteilung und Homogenität der Varianzen ist bei den Ausgangswerten nicht gesichert;
- die Vor- und Nachtestfaktoren weisen hinsichtlich der Struktur der Markiervariablen erhebliche Unterschiede auf;
- die Skalierung der Items auf einer Drei-Punkte-Skala (zugunsten der Verständlichkeit und Nicht-Überforderung der Lernbehinderten), die korrelativen Zusammenhänge weniger deutlich werden läßt als mehrstufige Skalen (vgl. JELINEK u.a., 1976, S. 373).

Im Vergleich zu den vier Bereichen der persönlichen, familiären und schulischen Situation lernbehinderter Sonderschüler werden durch die aufgefundenen Faktoren die vier Fragebogenbereiche "Über sich selbst", "Soziales", "Familie", "Schule" in die aufgefundenen drei faktoriellen Beschreibungsdimensionen ausdifferenziert, die eine gewisse Stabilität bei der Population der Lernbehinderten zu haben scheinen. Bemerkenswert ist, daß die gefundenen Beschreibungsdimensionen mit der psycho-sozialen Lage der Lernbehinderten (vgl. II.A. 2.2.) übereinstimmen:

- die Existenz einer Beschreibungsdimension "NEGATIVES FAMILIENKLIMA", z.B. Streit unter den Familienmitgliedern, ist ableitbar aus der Erfahrung, daß die durchschnittlich großen Familien von Lernbehinderten sich in der Regel einen zu engen Wohnraum teilen müssen. Dies führt leicht zu innerfamiliären Spannungen, die im Gefühl des Nichtverstandenseins und mangelnder Akzeptierung des betroffenen Kindes in der Familie resultiert.
- der Faktor "SCHULANGST" steht im Zusammenhang mit dem für das lernbehinderte Kind ungünstig verlaufenen Schulschicksal mit den damit verbundenen Erfahrungen von Versagensangst, Außenseitertum und mit Mißerfolgs-

motivation. Die Belastung der Lernbehinderten durch Prüfungsangst in der Schule spiegelt sich in den konkreten Items dieses Angstfaktors wider.

- der Faktor "EMOTIONAL BELASTETE SOZIALE INTERAKTION" stimmt mit den Forschungsergebnissen überein, daß die Störungen der Lernbehinderten vor allem in der sozialen Interaktion anzusiedeln sind. Dieser Faktor spiegelt besonders die Förderungsbedürftigkeit der Lernbehinderten sowohl auf der Erlebens- und der Handlungsebene wider. Dieser Faktor bestätigt die Vorannahme dieser Arbeit zur Indikation von Methodenkombination, die auf beiden Ziel-Ebenen therapeutisch anzusetzen. Das Vorhandensein einer beeinträchtigten Interaktionsfähigkeit, verbunden mit emotional belastenden Erfahrungen, z.B. wegen schulischen Versagen in der Klasse ausgestoßen und von den Mitschülern nicht anerkannt zu werden, muß zweigleisig modifiziert werden.

5.2. Spezifische Zusatzergebnisse: Zusammenfassende Beantwortung der Zusatz-Untersuchungsfrage 3:

Die auf die Realisierbarkeit eines empirisch unterscheidbaren, methodenkombinierten Therapiekonzepts nach sechs Monaten - vom Therapieende her gerechnet - ohne erneutes Training - zielende Untersuchungsfrage kann positiv beantwortet werden: das von den methodenkombinierenden Therapeuten erreichte Realisierungsausmaß in allen Therapeutenverhaltensmerkmalen war sogar fast durchweg höher als in der Hauptuntersuchung.

Diese Ergebnisse haben trotz aller Relativität dieser "Nachuntersuchung" deutlichen Hinweisscharakter: das einmal trainierte Konzept METHODENKOMBINATION ist den Therapeuten nach diesem Zeitraum in hohem Maße verfügbar.

Im einzelnen differenzierten die Therapeutenvariablen STIMULATION und AKZEPTIERUNG besonders bedeutsam zwischen den methodenkombinierenden und orthodoxen Therapeuten. Die Variable VEE kann wie in der Hauptuntersuchung als differentiell Merkmal angesehen werden: dieses Verhaltensmerkmal wird von den methodenkombinierenden Therapeuten im Unterschied zu den Verhaltenstherapeuten bedeutsam höher realisiert, auch zwischen den orthodoxen Therapeuten bestehen bedeutsame Unterschiede. Nicht so deutlich, aber erwartungsgemäß unterschiedlich von den orthodoxen Therapeuten verstärken die Therapeuten des Konzepts III verbal in größtem Ausmaß.

In Bezug auf die Stabilität der Testwertveränderungen nach sechs Monaten ohne Therapie lassen sich im Nachuntersuchungstest bei der reduzierten Stichprobe für das gesprächspsychotherapeutische Konzept keine langfristigen, für das verhaltenstherapeutische und methodenkombinierte tendenzielle Veränderungen feststellen:

Zum Erhebungszeitpunkt follow up zur Feststellung der sog. Spätfolgen der Therapie, d.h. Veränderungen, die

sich in der Nachuntersuchung gegenüber dem Vortestzeitpunkt erkennen lassen (die aber zum Erhebungszeitpunkt: Nachtest nicht wirksam wurden) zeigen sich im methodenkombinierten Konzept signifikante Abnahmen von sozialer Erwünschtheit für die Gesamtgruppe. Als weiterer langfristiger Effekt läßt sich (wie auch im verhaltenstherapeutischen Konzept) eine tendenzielle Zunahme von manifester Angst feststellen. Möglicherweise ist aufgrund der Korrelation von manifester Angst und sozialer Erwünschtheit (vgl. Testhandbuch AFS, S. 27) diese Zunahme darauf zurückzuführen, daß eine Abnahme von sozialer Angepaßtheit und verminderter Angst bei den Lernbehinderten, von erwünschter Verhaltens- und Erlebensweisen abzuweichen, es ihnen eher gestattet, eigene Angst freier zuzugeben. Diese geringe Berücksichtigung des Angstaspektes durch das verhaltenstherapeutische Therapiekonzept wird auch durch die 6-Monate-Nachuntersuchung deutlich: langfristig läßt sich in diesem orthodoxen Konzept eine tendenzielle Zunahme von manifester Angst in der Nachuntersuchungsstichprobe feststellen. Da auch in diesem Konzept eine leichte tendenzielle Abnahme von sozialer Erwünschtheit vorhanden ist, könnte das freiere Eingeständnis von Angst wie im methodenkombinierten Konzept eine Rolle spielen.

6. Zusammenfassung der Ergebnisse der Testdaten

Tabelle 31: Signifikanzprüfungen der Veränderungswerte (Testdaten) durch
WILCOXON-, U-TEST

Konzept	Untergruppen	PA(AFS)	MA(AFS)	SE (AFS)	SR(SET)	N(HANES)
I	Gesamt: HU ⁺ (NU) ⁺⁺	- (-)	9 % (-)	- (-)	- (-)	5 % (-)
	♂	-	-	(12,5 %) ^x	-	5 %
	♀	-	(10 %) ^x	-	-	(10 %) ^x
	9-11 Jahre	-	-	-	(15 %) ^x	5 %
	12-14 Jahre	(10 %) ^x	(10 %) ^x	(10 %) ^x	-	-
	IQ ≤ 86	-	-	-	-	5 %
	IQ > 86	-	(10 %) ^x	-	-	(10 %) ^x
II	Gesamt: HU (NU)	6 % (-)	- (10 %) ^{+++↑}	- (5 %)	- (-)	- (-)
	♂	-	(10 %)	-	-	-
	♀	-	4 % ^{+++↑}	(12,5 %) ^x	7 %	-
	9-11 Jahre	-	-	-	-	5 %
	12-14 Jahre	-	-	(10 %) ^x	-	-
	IQ ≤ 86	-	-	-	-	-
	IQ > 86	-	-	-	-	5 %
III	Gesamt: HU (NU)	- (10 %) ^x	- (10 %) ^x ⁺⁺⁺	- (-)	(15 %) ^x (-)	- (-)
	♂	-	-	5 %	-	-
	♀	-	-	(12,5 %) ^x	2 %	5 %
	9-11 Jahre	-	-	-	(15 %) ^x	-
	12-14 Jahre	1 %	-	-	-	1 %
	IQ ≤ 86	3 %	-	5 %	-	(10 %) ^x
	IQ > 86	-	-	-	(15 %) ^x	-
II/III	Gesamt	6 %	-	6 %	-	-

+ HU = Hauptuntersuchung

++ (NU) = (Nachuntersuchung)

+++ ↑ = Steigerung

(^x) = Tendenz

Konzept METHODENKOMBINATION:

Das methodenkombinierte Konzept erzielt gegenüber den "reinen", orthodoxen Therapiekonzepten in den Skalen "soziale Erwünschtheit, soziale Reife, Prüfungsangst und Neurotizismus" der psychodiagnostischen Testverfahren dieser Untersuchung ein breiteres Spektrum an positiven Veränderungen gegenüber eher spezifisch, einseitigen Schwerpunktveränderungen in den herkömmlichen Therapiekonzepten.

Die Methodenkombination der Therapeuten dieses Konzeptes scheint die Grenzen und Einseitigkeiten der herkömmlichen Konzepte (vgl. I.B.1.) erwartungsgemäß überwinden zu können. Nur in diesem Konzept erhöhte sich die soziale Reife (bei den lernbehinderten Schülerinnen: 2 % - Signifikanz; Gesamtgruppe: Tendenz von 15 % - Niveau), sowie eine bedeutsam größere Förderung der Unabhängigkeit von den Normen der Umwelt (signifikantes Absinken der sozialen Erwünschtheit in den Untergruppen dieses Konzeptes).

Diese Behandlungseffekte im Bereich der Sozialen Einstellung: der größeren Selbständigkeit und des wachsenden Selbstvertrauens der Lernbehinderten in den kombinierten Therapiegruppen werden ergänzt durch konstruktive Veränderungen in den Zielbereichen auf der Erlebensebene: signifikante Abnahme von situationsspezifischer Prüfungsangst (besonders bei den älteren Lernbehinderten bedeutsam) und Neurotizismus-Senkung:

Dieses neue, methodenkombinierte Therapiekonzept bewies die Vielseitigkeit seiner Therapieeffekte: zwar bewirkte diese Therapieform gegenüber den orthodoxen Konzepten keine bedeutsam ausgeprägteren Veränderungen, doch betreffen hier die konstruktiven Veränderungen sowohl die Zielbereiche auf der Erlebensebene (wie etwa situationsspezifische Angst oder Neurotizismus) als auch eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires des Kooperations- und Selbstexplorationsverhaltens, die zweigleisige Wirksamkeit hat sich bestätigt.

Es ist also möglich, Elemente aus der Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie so miteinander zu kombinieren, daß lernbehinderte Sonderschüler sowohl auf "innerpsychischer" als auch auf der Verhaltensebene gefördert werden können. Zwar werden einzelne Aspekte der positiven Änderungen in den Zielbereichen auch durch die orthodoxen Konzepte bewirkt, das Änderungsspektrum des methodenkombinierten Konzepts bleibt jedoch unerreicht.

Ab Mitte des Therapiezeitraums weisen die Schüler eine bedeutsam höhere Kooperationsfähigkeit als die anderen geförderten Lernbehinderten auf; dieser Vorsprung nimmt bis zum Ende der Therapie noch weiter zu; die durch Methodenkombination geförderten Schüler werden immer fähiger, gemeinsam zu planen und zusammenzuarbeiten, sich gegenseitig zu unterstützen, dabei aber auch eigene Interessen einzubringen und sie angemessen durchzusetzen.

Konzept VERHALTENSTHERAPIE:

Bemerkenswert am orthodox verhaltenstherapeutischen Konzept ist, daß das Muster der Veränderungen demjenigen des methodenkombinierten Konzepts etwas ähnelt. Es könnte darauf zurückzuführen sein, daß sich die Therapeuten dieser beiden Therapievariationen gegen Ende der Therapie ähnlich hoch in den Ausprägungsgraden von Stimulation, Akzeptierung und verbaler Verstärkung verhalten. So zeigte sich das verhaltenstherapeutische Konzept als ebenfalls geeignet, eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires der Kinder anzuregen: kooperatives und selbstexploratives Verhalten wurde etwas häufiger als zu Beginn der Therapie gezeigt; Reaktionen im Sinne sozialer Erwünschtheit traten nach der Therapie signifikant weniger auf.

Doch die Grenzen und Einseitigkeiten dieses eher orthodoxen verhaltenstherapeutischen Konzeptes (I.B. 1.2.) treten in den Ergebnissen zutage: So sinkt hier zwar

die soziale Erwünschtheit bei den lernbehinderten Schülern deutlich (7 % - Niveau) - das unabhängige Erleben und Verhalten gegenüber Normen der Umgebung wird also durch die Therapeuten gefördert und geübt -, doch werden gefühlsmäßige Aspekte wie der Bereich der Angst bei den verhaltenstherapeutischen Gruppen kaum beeinflußt. So könnte es auf die konzeptgemäßg Vernachlässigung des therapeutischen Eingehens auf die emotionalen Erlebnisinhalte zurückzuführen sein, daß die manifeste Angst bei den lernbehinderten Schülerinnen der Verhaltenstherapiegruppen sogar sehr signifikant (4 %) anstieg.

Konzept GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE:

Im eher orthodox gesprächspsychotherapeutischen Konzept verringerten sich bei den Lernbehinderten in erster Linie die Neurotizismuswerte (5 % - Niveau) und auch bedeutsam die Werte in Manifeste Angst (9 % - Niveau; die anderen Zielbereiche wie "Soziale Reife", "Soziale Erwünschtheit" oder die situationsspezifische "Prüfungsangst" bleiben durch dieses orthodoxe Konzept weitgehend unbeeinflußt. Besonders die Behandlungsergebnisse bei "Manifeste Angst" und "Neurotizismus" stehen in Übereinstimmung mit den bisher veröffentlichten Erfolgsmeldungen der orthodoxen Gesprächspsychotherapie. Wie bereits bei den Lernbehinderten in der Untersuchung von BOMMERT u.a. (1975) zeigte sich auch in dieser Untersuchung, daß Gesprächspsychotherapie bei Kindern möglich ist und schwerpunktmäßig positive Veränderungen in den Zielbereichen auf der Erlebensebene: Neurotizismus und Angst bewirkt. Dabei wird aber auch bestätigt, daß ihre begrenzten Förderungsmöglichkeiten in Bezug auf die anderen Bereiche, vor allem auf der Verhaltensebene, z.B. zur Behebung von Verhaltensdefiziten, nicht "ausreicht". So beeinflusste das weitgehend nichtdirektive Konzept schwerpunktmäßig den emotionalen Bereich der Lernbe-

hinderten; im Zusammenhang mit einer durchschnittlich ausgeprägten Selbstexploration konnte hier im Persönlichkeitsbereich eine Erhöhung der emotionalen Stabilität verbunden mit einem Abbau von manifester Angst registriert werden (vgl. SCHMIDTCHEN, 1974; TAUSCH u.a., 1973). Der Zielbereich auf der Verhaltensebene KOOPERATION wurde durch dieses Konzept nicht gefördert, das kooperative Verhalten nahm sogar ab. Dies erhärtet die Annahme dieser Untersuchung, daß rein klientenzentrierte Therapie bei dieser Population der Lernbehinderten die zur effektiven Förderung notwendige intensive Anregung, die gelenkte Auseinandersetzung mit bestimmten Erlebnis- und Verhaltensinhalten nicht genügend berücksichtigt. Dieses Ergebnis stützt auch die Beschreibung des Nachuntersuchungsfragebogens (vgl. DEINZER, 1979): aus der Sicht der Lernbehinderten selber ist ein Bedürfnis nach mehr Hilfe, sprachlicher Interaktion sowie mehr Lenkung bei der Mehrheit der Kinder im gesprächspsychotherapeutischen Konzept vorhanden.

Die abschließende Beantwortung der Untersuchungsfrage 2: Das methodenkombinierte Therapiekonzept erweist sich im Unterschied zu den orthodoxen Konzepten effektiver in den Zielbereichen auf der Verhaltens- und Erlebensebene, kann für:

- den Abbau von Prüfungsangst/sozialer Erwünschtheit
- Erhöhung der sozialen Reife, Kooperation und Selbstexploration angenommen werden;

im Abbau von Neurotizismus und manifester Angst erweist sich das gesprächspsychotherapeutische Konzept als effektiver.

IV.B. DISKUSSION

1. Zusammenfassende Bewertung der wichtigsten Untersuchungsergebnisse:

- (1) METHODENKOMBINATION läßt sich bei einer repräsentativen Stichprobe von lernbehinderten Klienten deutlich empirisch unterscheidbar von den orthodoxyen Ursprungskonzepten realisieren.

Das Ausmaß der Therapeutenvariablen im methodenkombinierten Konzept macht deutlich, daß sich dieses neue Therapiekonzept in der vorgesehenen Form: verschiedene Techniken und Methoden unterschiedlicher Therapierichtungen zu einem eigenständigen Therapiekonzept zu kombinieren empirisch unterscheidbar verwirklichen läßt.

Aus dem breiten Repertoire an Interventionstechniken zur Förderung von Klientenzielbereichen im methodenkombinierten Konzept setzten die Therapeuten im Laufe des Therapieprozesses zunehmend ein mittleres Ausmaß an STIMULATION ein.

Da auch die Verhaltenstherapeuten unkonzeptgemäß (vorgeschrieben war ein starkes Maß an Lenkung) eher STIMULATION verwendeten, ist anzunehmen, daß für die Lernbehindertenpopulation gilt:

Der differenzierte Einsatz von Orientierungspunkten, stärkerer, problemspezifischer Anregung neben Förderung von Eigenaktivität ist dieser Sondergruppe angemessen.

Dieser Therapeutenstil steht wohl im krassen Gegensatz zu den von den Schülern geschilderten, meist autoritär geführten Unterrichtsstunden, aus denen sie in die Therapiegruppenstunden kommen, bzw. im Gegensatz zu einem autoritären häuslichen Umgangston.

Die Einwände von BAUMGÄRTEL (1976, S. 145), der die Gefahr sieht, daß "enorme Unsicherheiten und seelische Belastungen bei Therapeuten auftreten, die mehrere, in wesentlichen Punkten unterschiedene Kodierungssysteme perfekt beherrschen sollen" und damit nur eine

begrenzte Auswahl von Techniken für die Ausbildung fordert, ist nach den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht zu bestätigen. Bei einer fundierten Ausbildung und Supervision ist die Einübung mehr als eines Therapieverfahrens nach dieser empirischen Überprüfung als therapeutisch hilfreich und als realisierbar zu deklarieren.

(2) METHODENKOMBINATION stellt eine effiziente ALTERNATIVE zu den traditionellen Therapieformen dar:

Ein aus gesprächspsychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Elementen kombiniertes Therapiekonzept scheint gegenüber der Anwendung "methodenreiner" Konzepte bei Lernbehinderten wirksamer zu sein. Es ist offensichtlich möglich, diese Elemente so miteinander zu kombinieren, daß Lernbehinderte sowohl auf innerpsychischer als auch auf der Verhaltensebene gefördert werden können.

Psychisch beeinträchtigte, lernbehinderte 9- bis 14jährige Sonderschüler, die auf der Basis eines methodenkombinierten Gruppentherapiekonzepts gefördert werden, zeigen nach Beendigung der Gruppenkontakte ein größeres Spektrum positiver Änderungen als die nach orthodoxen Therapieformen behandelten Schüler.

Die Vielseitigkeit, das breite Spektrum der Effekte des methodenkombinierten Therapiekonzepts läßt einen weiteren Wirkungsbereich auf der Verhaltens- und Erlebensebene und eine Ausnutzung der fördernden Wechselwirkung zwischen diesen beiden Veränderungsebenen annehmen.

Im einzelnen zeigen die Klienten des methodenkombinierten Konzepts mehr soziale Reife und Selbstvertrauen, sind weniger ängstlich, eigenständiger in ihren Meinungen und Einstellungen und weisen ein höheres Maß an Kooperationsfähigkeit auf.

Zwar werden einzelne dieser Aspekte auch durch die methodenreinen Konzepte bewirkt, das Änderungsspektrum des in sich geschlossenen, komplexen methodenkombinierten Konzepts bleibt jedoch unerreicht.

Das Absinken der selbstexplorativen Äußerungen der Schüler mit methodenkombinierter Förderung könnte einmal mit der geringen Ausprägung an VEE zusammenhängen, andererseits gibt es auch Hinweise dafür (vgl. BOMMERT, 1977, S. 145), daß auch ohne ausgeprägtes selbstexploratives Verhalten konstruktive Änderungen durch klientenzentrierte Therapie erreichbar sind.

Die gleichzeitige hohe Steigerung der Kooperation in diesem Konzept weist darauf hin, daß bei steigender Sensibilität für soziale Vorgänge und Interaktionsfähigkeit scheinbar ein Zurückstellen der "Erforschung der inneren Vorgänge, der Auseinandersetzung mit sich selbst" erfolgt.

(3) Notwendigkeit der genauen Explikation von Behandlungsbedingungen:

Aus der vorliegenden Untersuchung läßt sich die Notwendigkeit verdeutlichen, die Behandlungsbedingungen, denen Klienten unterzogen werden, genauer als bisher meist üblich zu beschreiben.

Die ohne spezielles Training verwirklichten Variablen STIMULATION im gesprächspsychotherapeutischen Konzept sowie AKZEPTIERUNG im verhaltenstherapeutischen Konzept zeigen, daß globale Aussagen - wie etwa die, daß der Therapeut "verhaltenstherapeutisch" oder "klientenzentriert" interveniert hat, keine ausreichende Charakterisierung der psychologisch-therapeutischen Interaktion sein können (vgl. BOMMERT, 1977).

Die Fruchtbarkeit dieses Versuchsplanes für Indikationszwecke ist nur gewährleistet durch eine so genaue Beschreibung der untersuchten therapeutischen Techniken, um Therapieeffekte bei Angehörigen der gleichen Population replizieren zu können. Dazu reicht eine bloße Unterscheidung nach Therapieschulzugehörigkeit nicht aus.

Die Variablen AKZEPTIERUNG und STIMULATION können offensichtlich nicht als differentielle Merkmale in der Unterscheidung von therapeutischen Schulen angesehen werden.

Diese Variablen scheinen auch ohne spezielles Training in der therapeutischen Interaktion unterschiedlicher Orientierung als notwendiger Bestandteil hilfreicher Interventionen angesehen zu werden.

Die Realisierung von Akzeptierung durch die Verhaltenstherapeuten und deren Erfolge besonders in der Erweiterung des Verhaltensrepertoires bestätigen den Hinweis von TAUSCH/TAUSCH, 1979, S. 116:

daß "warme, teilnehmende Verhaltenstherapeuten" ihren Klienten mehr halfen als kalte, distanzierte. In der Wahrnehmung von Klienten waren die bedeutsamsten Elemente für den Erfolg einer Verhaltenstherapie zwischenmenschlicher Art; die Techniken der Verhaltensmodifikation selbst trugen ihrer Meinung nach wenig zu den Wirkungen bei."

Den Verhaltenstherapeuten dieser Untersuchung gelang es somit, ihre Klienten als eigenständige Menschen zu achten und durch ihre Akzeptierung Gefühle von Bedrohung und Verteidigungshaltungen der Lernbehinderten zu vermindern.

Diese Tendenz einer Entwicklung der sozialen Beziehung zum Klienten (ZIMMER, 1978, S. 1) besonders zum jüngeren Klienten mehr und entscheidende Bedeutung zuzumessen (GOTTWALD, 1978, S. 2520) zeigen neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie.

Die effektive Realisierung von Akzeptierung bei den Verhaltenstherapeuten und methodenkombinierenden Therapeuten entkräftet die Bedenken von BAUMGÄRTEL (1976, S. 129), der einen Widerspruch zwischen der ROGERS-Variablen Akzeptierung und dem verhaltenstherapeutischen Prinzip der "Verhaltensformung" bzw. verbalen Verstärkung sieht.

Die Ergebnisse zur Realisierung der Therapeutenmerkmale unterstützen die Forderungen der Kritiker der sogenannten "Uniformitätsannahme", "Mythos der Uniformität" (vgl. KIESLER, 1966), wonach Psychotherapie eine homogene Behandlungsbedingung darstelle, bei der sich Therapeuten mehr gleichen als unterscheiden.

Diese Untersuchungsergebnisse zeigen einmal mehr, daß sich also auch Gesprächspsychotherapeuten/Verhaltenstherapeuten einer definierten Ausbildung (Training)

nicht als "uniform" anzusehen sind (PETERMANN, 1977, S. 11).

Die Variablen des methodenkombinierten Konzepts sind in kurzer Zeit erlernbar und nach einem halben Jahr ohne erneutes Training reproduzierbar.

Es ist den Gesprächspsychotherapeuten dieser Untersuchung gelungen, klientenzentrierte und verhaltenstherapeutische Elemente effektiv einzusetzen, wobei ein zunehmend differentielles Einsetzen von Modifikationselementen bei diesen Therapeuten festzustellen ist.

Dies bedeutet, daß die methodenkombinierenden Therapeuten den Anforderungen (vgl. I.C.3.) zu entscheiden, in welcher Phase des therapeutischen Prozesses je nach individueller Störungsproblematik Veränderungen mit Hilfe von Beziehungskomponenten oder verhaltensmodifizierenden Techniken zu erreichen sind, grundsätzlich erfüllt wurden.

Dabei mag die Explikation der Zielbereiche auf der Verhaltens- bzw. Erlebensebene, die berücksichtigt, daß der Therapeut keine wertneutrale Position einnimmt (STAUSS, 1978, S. 143), den methodenkombinierenden Therapeuten als Leitlinie eine wesentliche Hilfe gegeben haben. Dies wurde auch in der Supervision deutlich.

Die geringe Ausprägung von VERBALER VERSTÄRKUNG zeigt Schwierigkeiten der Therapeuten, sehr schnell zu entscheiden, ob der gezeigte Verhaltensschritt zu der zu verstärkenden Reaktionsklasse gehört. Diese - gerade für die Lernbehinderten so wichtige Verstärkungs- und Orientierungsmöglichkeit im Problemfeld müßte in weiteren Untersuchungen verstärkt beachtet und trainiert werden.

2. Stellenwert

Grundsätzlich muß (nach BOMMERT, 1977, S. 128) die Bewertung von Forschungsarbeiten aus dem Bereich der Klinischen Psychologie/Psychotherapie vor dem Hintergrund des generell unbefriedigenden Forschungsstands in Bezug

- auf Fragen nach angemessenen Meßinstrumenten sowie
- Fragen nach akzeptablen Kriterien psychotherapeutischen Handelns sowie
- der Berücksichtigung der Schwierigkeiten und Probleme der Forschung im Bereich der Psychotherapie verglichen mit Untersuchungen aus den rein experimental-psychologischen Bereichen gesehen werden.

So weist nach BOMMERT (1977, S. 128) die Therapiefor-schung grundsätzlich Ähnlichkeiten mit experimentellen Untersuchungen in anderen Bereichen der Psychologie auf, doch treten im Bereich der Klinischen Psychologie reale Schwierigkeiten auf: die experimentelle Variation einzelner Variablen ist nur bedingt möglich, die Auswahl von Klienten und die Interaktion mit ihnen unterliegt erheblichen Variationseinschränkungen.

Die Komplexität des Forschungsstandes: der Vielzahl von Variablen aus den Bereichen Klient, Therapeut, Methode und Situation, die sich gegenseitig beeinflussen, erfordern Berücksichtigung bei der Erstellung des Untersuchungsdesigns und der Auswertungsprozeduren.

Für die Bewertung der Ergebnisse dieser Untersuchung gilt:

Sie ist als Erkundungsstudie anzusehen, die in der realen Verhaltens- und Umweltsituation der Lernbe-hinderten angesiedelt ist, in der die Variablen ^{sicht} in dem Maße wie in einer Laborstudie kontrolliert werden können. Wesentliche Bereiche, z.B. Persönlichkeitsva-riablen der Therapeuten, die für bestimmte Methoden-anwendung bedeutsam sein können (wie z.B. die Einstellung zur Direktivität ...), mußten wegen der Begrenztheit des

Forschungsprojekts ausgeklammert bleiben; eine Selektion nach Störungskategorien, Symptomen ... war nicht möglich, da dazu weitreichende diagnostische Untersuchungen notwendig wären, die im Sonderschulbereich nicht gestattet sind.

Diese Untersuchung ist in einem Stadium anzusiedeln, in dem der empirisch-wissenschaftliche Untersuchungsstand noch nicht so weit fortgeschritten ist, daß überprüfende Zuordnungsregeln zwischen den Modifikationskriterien und Therapiebausteinen vorliegen, sondern erst eine schulunabhängige, kriterienorientierte Klassifikation verschiedener Behandlungsmethoden zu sinnvollen Bausteinen versucht wird.

Diese Arbeit ist somit als Erkundungsexperiment anzusehen, die Ansätze für hypothesengeleitete weitere Untersuchungen und Entscheidungsexperimente liefern kann.

Insgesamt schließt sich diese Arbeit dem Postulat von BOMMERT/PLESSEN (1978, S. 147) an:

"Verantwortungsvolle Praxistätigkeit ... bedeutet jedoch die Anpassung der Interventionsform an den Klienten und dessen Probleme und nicht die Anpassung von Klienten und Problemen an eine bestimmte, orthodoxe Schule."

2.1. Zur Gültigkeit der Ergebnisse:

Zur Beurteilung der Gültigkeit der Befunde dieser Untersuchung soll anhand der Konzeption der "Internen" und "Externen" Validität - von KIRCHNER u.a. (1977) für die Psychotherapieforschung formuliert - diskutiert werden.

Während die interne Validität angibt, inwieweit "beobachtbare Veränderungen im Kriteriumsverhalten der Patienten auf die durchgeführte psychotherapeutische Behandlung zurückgeführt werden kann", ist "das Ergebnis einer solchen Untersuchung insoweit extern valide, als es auf andere Patienten, andere Therapeuten und andere Behandlungsbedingungen übertragbar ist" (KIRCHNER u.a., 1977, S. 55)

Interne und Externe Validität sind dabei als Idealbegriffe zu verstehen, die eine einzelne Untersuchung - vor allem eine "Feldstudie" - nicht vollständig erreichen kann.

Interne Validität:

Im Fall der Untersuchung der internen Gültigkeit muß nach HARTIG (1975) die Richtigkeit der Schlußfolgerungen, d.h. den Variablen inhaltliche Gültigkeit zusprechen, die sich im Rahmen empirischer Untersuchungen als veränderungsverursachend und veränderungsregistrierend erweisen (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 23) - durch die Kontrolle folgender Fehlerquellen und Störfaktoren gewährleistet sein:

- (1) außertherapeutische Umwelteinflüsse/individuelle Ereignisse während der Therapie:

Wegen der zeitlichen Parallelität der Behandlungsgruppen können äußere Umweltereignisse (wie z.B. Zeugnisse) als gleich angesehen werden. Durch die Kürze der Therapiezeit von 10 Wochen ist die Wahrscheinlichkeit unkontrollierter Einflüsse geringer als bei längerfristigen Interventionen. Besonders im Zeitraum vor der Nachuntersuchung muß die mögliche Interferenzwirkung von unkontrollierten Umwelteinflüssen auf Langzeiteffekte berücksichtigt werden; diese können sich auf die Stabilisierung des neu erworbenen Zielverhaltens positiv auswirken, ebenso aber ist die Möglichkeit des Rückfalls in das ursprüngliche Problemverhalten gegeben.

- (2) Reifungsprozesse (wie z.B. soziale Entwicklung)

Nach HARTIG müssen bei diesem möglichen Störfaktor besonders Spontanremissionen (HARTIG, 1975, S. 110) beachtet werden. Die These EYSENKS (1952 zitiert in SCHMIDTCHEN, 1974, S. 29) dazu lautet: nicht-psychotherapeutische Behandlung ist genauso wirksam wie psychotherapeutische Behandlung, d.h. es ist keine größere Verbesserungsrate durch psychotherapeutische Behandlung zu erwarten als bei Nicht-Behandlung.

Für diesen Störfaktor gelten bei dieser Hauptuntersuchung die gleichen Gründe wie bei (1): die Kurzfristigkeit zwischen Vor- und Nachtest.

Für die 6-Monate-Nachuntersuchungszwischenzeit könnten allerdings Beeinflussungen durch Reifungsprozesse aufgetreten sein, diese müßten jedoch für alle homogenen Behandlungsgruppen dieser Arbeit gelten.

(3) Testwirkungen/Statistische Regression:

Unter Testwirkungen wird eine Sensibilisierung der Klienten für die Meßinstrumente bei wiederholter Messung verstanden.

Da aber nur zu jeweils 3 Meßzeitpunkten (1. Abstand: 10 Wochen; 2. Abstand: 6 Monate) ein Test (AFS) zu allen drei Meßzeitpunkten, nur zwei Meßinstrumente gleichermaßen bei Vor- und Nachtest gegeben wurden (SET, SFB), ist die Wahrscheinlichkeit solcher Störeinflüsse gering.

Effekte der statistischen Regression; d.h. Mittelwertverschiebungen extremer Werte in Richtung auf den Populationsmittelwert:

durch die Methode der einfachen Differenzwertbildung wird die Aussagekraft der Meßdaten im Hinblick auf die Effektivität einer Behandlung beeinträchtigt, der natürliche Testregressionseffekt und die niveauspezifische unterschiedliche Bedeutsamkeit gleicher Veränderungswerte, z.B. von einem hohen bzw. niedrigen Ausgangsniveau von Angst, bleiben unberücksichtigt. Durch den Ausfall der Kontrollgruppe ist der Einfluß der Regression auf die Meßinstrumente nicht abzuschätzen. Dies wird bei der Interpretation beachtet.

(4) Unterschiedliche Selektion und Ausfallquote:

In Bezug auf die Hauptuntersuchung wurden die Behandlungsgruppen nach vier Kriterien parallelisiert.

Die Anzahl der Therapieabbrecher in der Hauptuntersuchung war sehr gering, da die Gruppentherapien während der Schulstunden eine regelmäßige Teilnahme gewährleisten.

Die Ausfallquote bei der Nachuntersuchung war dagegen extrem hoch.

(5) "Rosenthal-Effekt" (HARTIG, 1975, S. 112):

Die Testleiter aller Testsitzungen und die Rater waren über die Ziele und Bedingungen der Untersuchungen nicht unterrichtet; die Therapeuten kannten zwar die Zielbereiche und die Behandlungsbedingungen, jedoch nicht die Untersuchungsfragestellungen und Ziele der Untersuchung.

In der Supervision zeigte sich eine größere Beliebtheit des methodenkombinierten Konzepts (mehr Möglichkeiten, mehr Spielraum ...). Somit könnten Therapeutenhypothesen über den Ausgang der Untersuchung eine mögliche Störquelle darstellen.

(6) Einfluß unspezifischer Therapievariablen:

Durch die Standardisierung des Therapeutentrainings und aller Programmschritte des Therapieablaufs innerhalb der zehn Wochen sowie der experimentellen Bedingungskontrolle (wie z.B. der Konstanthaltung der Zeit und Räumlichkeiten für die Gruppentherapie) wird dieser Faktor weitgehend für alle Behandlungsgruppen konstant gehalten.

Externe Validität:

Das Ausmaß der externen Gültigkeit wird durch die Stichprobenauswahl entscheidend beeinflußt. Es ist anzunehmen, daß sie nicht durch eine selektive Auswahl der Population der Lernbehinderten gemindert ist. Die Repräsentativität ist allerdings nur durch den "Milieufragebogen" und "Fragebogen für die Sonderschüler" annähernd gesichert.

Aufgrund der Stichprobenkriterien ist die Stichprobe gekennzeichnet durch:

- lernbehinderte Schüler und Schülerinnen
- 9-14 Jahre
- IQ über 86.

aufgrund des Milieufragebogens:

- Klienten vorwiegend aus den unteren Sozialschichten.

Generalisierbarkeit auf "Normalschüler":

Da die Stichprobe der Lernbehinderten hinsichtlich ihrer Angst-, Neurotizismus und Sozialen-Reifewerte (Vortestdaten):

- genauso ängstlich wie der Durchschnitt anderer Schüler (Vergleichswerte des AFS)
- die Sozialen-Reife-Werte etwas unterdurchschnittlich niedriger ausgeprägt sind als der Mittelwert von Volksschülern, jedoch höher als der von a-sozialen Kindern (Vergleichswerte SET)
- der Mittelwert der NEUROTIZISMUS-Vortestwerte (HANES) um einen Punkt höher als bei anderen Schülern der vergleichbaren Altersstufe liegt,

ist anzunehmen, daß eine Generalisierbarkeit auf Normalschüler gerechtfertigt ist: die Ausgangsdaten liegen zum größten Teil im Bereich der Norm (diese Tat-

sache macht eventuell auch die relativ geringe Veränderungsspanne insgesamt erklärbar, da keine extremen Ausgangswerte vorlagen).

Bei anderen Therapeuten: Therapeuten mit größerer Erfahrung in Kindertherapie und Gruppenkontakten hätten wohl mehr auf die Besonderheiten der Stichprobe (z.B. gesteigerte Aggressivität, Spontaneität) eingehen können. Die Kindgemäßheit der verbalen Äußerungen der Therapeuten wäre mehr gewährleistet.

Mehr Kenntnisse über Motive, Einstellungen und Absichten von Lernbehinderten hätten mögliche auslösende Randbedingungen leichter miteinbeziehen lassen.

Da die Replizierbarkeit durch die detaillierte Beschreibung sämtlicher Durchführungsaspekte gewährleistet ist, wäre es zur Kreuzvalidierung wichtig, das methodenkombinierte Therapiekonzept dieser Arbeit bei weiteren unabhängigen Stichproben (mit verbesserten äußeren Bedingungen) zu wiederholen.

Der Transfergesichtspunkt wurde durch die

- Realitätsnähe des Zielverhaltens (durch Schülerfragebogen bestätigt)
- durch Variabilität der Übungen und den Umfang selbstständig-entdeckenden Lernens (durch STIMULATION gegeben)

gefördert, die Übertragbarkeit der therapeutischen Übungssituation auf die Anwendung zuhause, in der Schule ... ist damit erleichtert.

2.2. Bedeutung der Befunde für Theorie/Praxis/Forschung

2.2.1. Ausbildung/Supervision:

Zur Zeit ist es kaum möglich, an der Universität mehr als einen Therapieansatz umfassend kennenzulernen und Praxis darin zu erwerben. Dabei besteht die Gefahr, daß der - von vornherein einen Veränderungsaspekt einer bestimmten Therapieschule betonenden - Psychologe

in der Gefahr ist, spezifisch einseitig selegierte Interventionselemente zu erlernen und später dem Klienten nahezulegen.

Nach den Ergebnissen dieser Arbeit zur METHODENKOMBI-NATION ist die Forderung von FRANKE (1976, S. 217) zu unterstützen:

"Die Ausbildung von Therapeuten sollte nicht weiter darauf ausgerichtet sein, Gesprächspsychotherapeuten/Verhaltenstherapeuten u.ä. auszuschütten, sondern darauf, dem Auszubildenden ein möglichst breites Spektrum an Verhaltensweisen zur Verfügung zu stellen, die diese dann je nach den spezifischen Bedingungen beim Klienten einsetzen können. Der Therapeut würde sich nicht an einer Stelle des therapeutischen Prozesses für eine Therapieform entscheiden, sondern es würde jeder einzelne Therapieschritt so geplant, daß der Therapeut aus dem Gesamtkatalog aller möglichen therapeutischen Interventionsweisen diejenige herausucht und durchführt, die - unter Berücksichtigung der gegebenen Klienten- und Therapeutenvariablen, der Bedingungen des spezifischen Symptoms, der äußeren Bedingungen der Therapeuten, der Umweltbedingungen des Klienten, des Therapiestadiums - die angemessene ist im Hinblick auf den gewünschten Soll-Zustand."

Diese methodenkombinierende Sichtweise könnte somit Einschränkungen des Blickfeldes bei Ausbildern und Auszubildenden, "blinde Flecken" zugunsten einer von theoretischer Seite (BOMMERT, 1979, S. 12) immer wieder geforderten "Offenheit" hinsichtlich der einzelnen Schritte des Behandlungsverlaufs weiten.

Bei methodenintegrativem Vorgehen wäre eine enge Zusammenarbeit der Vertreter und Ausbilder verschiedener Therapiemethoden

"in kritischer Reflexion der anthropologischen, gesellschaftlichen Zielimplikationen von Therapiemethoden" (vgl. STAUSS, 1978)

besonders in der Ausbildung wünschenswert.

Dabei sollte der auszubildende methodenkombinierende Therapeut mehr mit den Grenzen der orthodoxen Ansätze konfrontiert und mit Konzepten und Zielsetzungen der verschiedenen Formen von Methodenkombination vertraut gemacht werden.

Ein Ziel dabei wäre: der Therapeut sollte eigene Kom-

binationsstrategien, Ziel- und Wertvorstellungen differenziert und bewußter wahrnehmen - und vor allem bei Erwachsenen - diese in angemessener Weise in den Therapieprozeß einbringen im Sinne der von STAUSS (1978, S. 145) geforderten "reziproken Kommunikation, Selbsteinbringung".

In der gegenwärtigen Hochschulausbildung werden nach BREUER/SEEGER (1978) die Festlegung von Zielen und Änderungsperspektiven in aller Regel wenig beachtet und folglich in starkem Maß von subjektiv-individuellen Konzepten und Präferenzen geleitet. In der gezielten Ausbildung, Methodenkombination anzuwenden lernt der Therapeut, phasenweise die eigenen Sichtweisen und Werthaltungen in den Hintergrund treten zu lassen, sich besser auf den Bezugsrahmen des Klienten einzustellen und ihm die Eigenverantwortlichkeit und Mitarbeit zur Lösung der Probleme nahezubringen. Das praktische Training wäre kombiniert mit der Reflexion der theoretischen Hintergründe und Anforderungen an den Therapeuten - wie es ja am Beispiel der Gesprächspsychotherapie/Verhaltenstherapie geschehen ist - unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppe.

Die Besonderheiten bei der Zielgruppe der Kinderklienten, die nach den Erfahrungen dieser Arbeit besondere Anforderungen an den Therapeuten stellen, z.B. impulsive, heftige, affektive Ausbrüche in der Gruppentherapie, und die besondere Bedeutung der Variablen AKZEPTIERUNG bei diesen Klienten, stützen die neueren Forderungen der Ausbilder für Kinderpsychotherapeuten: keine therapiebezogenen Ausbildungsgänge, sondern eine integrative konzeptuelle Basis an Rahmenrichtlinien mit Möglichkeiten zur indikationsbezogenen Spezialisierung, z.B. Lernstörungen, Lernbehinderte (HOCKEL, 1978, S. 50).

SUPERVISION:

Aus den Supervisionsproblemen dieser Arbeit lassen sich einige wesentliche Schwerpunkte und Verbesserungsmöglichkeiten für nachfolgende Untersuchungen aufzeigen:

- den weitgehend in Kindertherapie unerfahrenen Therapeuten fehlte vielfach die Kontrollmöglichkeiten über die Kindgemäßheit ihrer Äußerungen.
- in der Supervision sollte verstärkt die Möglichkeit zur Verarbeitung der Schwierigkeiten: ein "fremdes" Therapiekonzept mit der gewohnten Ausbildung zu vereinbaren, die "ungewohnte" Klientenpopulation; kritische Situationen für die Therapeuten in nicht-gewohnten Gruppenkontakten gegeben sein.
- im Rahmen einer selbsterfahrungsorientierten Supervision sollte der Therapeut seine Ängste, Vorurteile ... gegenüber Lernbehinderten kennen und bewältigen lernen. Diese Erfahrungen erleichtern ihm die unbelastete Haltung und Einstellung zur nächsten Therapiestunde. Besonders die Kontrolle von Antipathie-/ Sympathiegefühlen den Lernbehinderten gegenüber, z.B. durch Rückmeldungen der Supervisionsgruppen, sollte gezielt erfolgen.
- die Unsicherheit in Bezug auf Direktivität und Freiraumgewährung zeigt sich in den Ergebnissen und Variablen STIMULATION/LENKUNG.
Die Therapeuten hatten z.B. Schwierigkeiten mit der Grenzsetzung; sie wußten nicht mit den Gefühlen der Heimkinder umzugehen, die sich als "Versuchskaninchen" für Gruppen und Untersuchungen vorkamen und "übersättigt" mit Gruppensituationen waren.

2.2.2. Bedeutung für Gesprächspsychotherapie/ Verhaltenstherapie:

Obwohl die Nachuntersuchung nicht in der geplanten Form hier realisierbar war, ist anzunehmen, daß durch Methodenkombination auf der Verhaltens- und Erlebensebene die Veränderungen resistenter gegen Umweltbedingungen und fehlende Stützung sind. Bei der zu kurzen Dauer der Therapie gilt wohl auch für Methodenkombination die Annahme für die Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen:

"die intensiv und langdauernd durchgeführt werden muß, damit der unter großem Aufwand erfolgte Therapieerfolg, der nicht schnell wieder verloren geht, wenn die Kinder in eine Umwelt kommen, die nicht in der Lage ist, die Methoden der Verhaltenstherapie konsequent fortzusetzen." (vgl. KUHLEN, 1974)

Die Bedeutung der Variablen AKZEPTIERUNG bei den Verhaltenstherapeuten geht in die Richtung der neueren Tendenzen der Verhaltenstherapie, stärker auf die Fragen nach den Therapeuten, seiner Persönlichkeit, der Bedeutung der BEZIEHUNG von Therapeut und Klient neu zu entdecken.

So stellt ZIMMER (1977, S. 11) eine Öffnung der Verhaltenstherapie auf diese Frage hin fest: die "Therapeuten- und Beziehungsvariablen aus der Ecke der Placebo-Variablen, der konstant zu haltenden unspezifischen Bedingungen wieder hervorgeholt."

Nach demonstrativer Abgrenzung gegen die etablierten Schulen, gegen ein universalistisches Therapiekonzept (d.h. daß der Therapeut, nicht die Art der Behandlung entscheidend sei) führt in der Verhaltenstherapie gegenwärtig die Betonung der Wichtigkeit der Therapeuten-Klienten-Beziehung, der Einübung von Gesprächsführungsprinzipien, die über reine Technikenvermittlung hinausweisen.

Auch WESTMEYER (1977, S. 199) plädiert für die Offenheit der Verhaltenstherapie gegenüber Elementen anderer Schulen:

"entbehrlich sind die künstlich errichteten Schranken, die einer Integration der Verhaltenstherapie in einen umfassenderen Bereich psychologischer Therapieverfahren

entgegenstehen. Über die Zugehörigkeit zu diesem Bereich entscheidet nicht eine wie immer geartete Programmatik ..., sondern der tatsächlich geführte Effektivitätsnachweis. Das hat zur Folge, daß sich ein Verhaltenstherapeut nicht auf einen zu engen Bereich von Therapieverfahren beschränken sollte, sondern alle Verfahren verwenden sollte, die sich als wirksam erwiesen haben, auch wenn sie in einer anderen "Schule" entwickelt worden sind.

Für den Bereich der Gesprächstherapie/Spieltherapie bestätigen diese Befunde zur Methodenkombination, daß "die zu starke Betonung der Bedeutung des Einsichtigen und selbstentdeckenden Lernens durch die Verfahren der nondirektiven Spieltherapie, die eine zu differenzierte kognitive Struktur voraussetzen, und die unspezifischen Ziele der Spieltherapie durch spezifische Ziele und Interventionen (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 123; BOMMERT u.a., 1975) ergänzt werden müssen.

Diese Erweiterung des Klientenzentrierten Prozeßmodells ist somit vor allem bei jüngeren Klienten dringender erforderlich als bei Erwachsenen - vor allem in der Gruppentherapiesituation.

Der Erfolg der Methodenkombination bedeutet einen größeren Stellenwert der Diagnostik - angenähert dem Standpunkt der Verhaltenstherapie, die die Verzahnung von Diagnostik und Therapie schon seit jeher betont, - auch für die orthodoxe Gesprächspsychotherapie, die wegen der gleichartigen Methodik der Behandlung aller Klienten davon ausgeht, daß die Diagnose des Ausgangszustands von Klienten und/oder therapiebegleitende Diagnostik weitgehend abzulehnen ist.

Die Diagnostik bei Methodenkombination hätte nicht nur die Funktion der Überprüfung von Effektivität, sondern auch spezifische IST-Werte und SOLL-Werte des einzelnen Kindes sowie in Interaktionsanalysen die Beziehungen: Therapeut - Kinder ... usw. zu erfassen.

2.3. Verbesserungsmöglichkeiten

Die Effekt-Differenz zwischen dem methodenkombinierten Therapiekonzept und den traditionellen Konzepten dürfte sich vermutlich noch vergrößern, wenn folgende Änderungen und Verbesserungsmöglichkeiten berücksichtigt werden könnten:

- (1) Ausweitung des Therapie^{Zeit}raumes, der hier aus Genehmigungsgründen nur 10 Therapiegruppenkontakte mit maximal 45minütiger Dauer betrug, da gerade Lernbehinderte mit ihrem Defizit an Zuwendung und Akzeptierung lange Zeit benötigen, um eine konstruktive Beziehung aufzubauen.
- (2) Ausschaltung von äußeren Störquellen wie: ungeeignete Therapieräume in den Sonderschulen, Herausnehmen der Schüler aus attraktiven Unterrichtsstunden, akustische Mängel der Tonbandaufnahmen.
- (3) Verstärkte Einbeziehung und Zusammenarbeit mit Eltern/Lehrern/Heimerziehern und damit eine sinnvolle Integration in die teilweise vorhandenen Förderungsbereiche für die Lernbehinderten. Auch bei der Arbeit mit den Eltern wäre ein kombiniertes Vorgehen von Verhaltens- und Einstellungsänderung (z.B. Vorurteile und Barrieren gegen therapeutische Maßnahmen, Einstellung zur Behinderung ihres Kindes ...) die wahrscheinlich effektivste Methode. Gleichzeitig sollte aber auch bei den Kindern die Bedeutung dieser Zusammenarbeit mit ihren Bezugspersonen "aufgearbeitet" werden, da bei dieser Untersuchung - vor allem bei den Testungen - Störeinflüsse durch die Befürchtungen einiger Kinder, daß die Testergebnisse an das Jugendamt, Heimerzieher, Lehrer ... weitergegeben würden, vorhanden waren. Durch die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen könnten zusätzliche Erfolgskriterien (vgl. BOMMERT u.a., 1975), z.B. Lehrer- und Elternfragebogen, gewonnen werden;
- (4) Trotz vorhandener Verbesserungen gegenüber Voruntersuchungen hinsichtlich angemessenen Verständnisses und der Verbalisierungsfähigkeit waren den Selbstbeurteilungen der Lernbehinderten (z.B. bei der umfangreichen Testbatterie) Grenzen gesetzt. So gibt es bis jetzt kein für Lernbehinderte standardisiertes Persönlichkeitsinventar, das die kognitiven und motivationalen Einschränkungen dieser Sondergruppe berücksichtigt. Eine Verbesserungsmöglichkeit wäre der "Fragebogen zur Erfassung des sozialen Selbst- und Fremdbildes" (SCHMIDTCHEN, 1978, S. 234): zur Erfassung von Ver-

Änderungen durch Therapie und der Beantwortung der Frage: ob sich Kinder in ihrem Erleben und Verhalten als beeinträchtigt erfahren.

3. Offene Fragen

Die Planung und Durchführung dieser Untersuchung warf eine Vielzahl offener Fragen auf, von denen einige hier kurz angerissen werden:

- (a) Frage der Einbeziehung anderer Elemente der Methodenkombination bei Erwachsenen:

Für die Einbeziehung von erlebnisaktivierenden/gestalttherapeutischen Interventionen im Rahmen der klientenzentrierten Therapie im Sinne einer "Verschmelzung der klientenzentrierten und gestalttherapeutischen Elemente" plädiert ESSER (1978, S. 182).

Schon im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde auf die Versuche, in der Partnertherapie ein integratives Konzept mit eingegrenzten Therapiezielen zur Verbesserung der dyadischen Interaktion durch Einbeziehung kommunikationstherapeutischer und klientenzentrierter Elemente zu entwickeln und zu überprüfen, hingewiesen. Da die hierbei entwickelte Therapeutenvariable ORGA (Organisierung) Ähnlichkeiten mit der Variablen STIMULATION aufweist, wäre bei erfolgreicher Anwendung dieses Partnertherapieprogramms - sowie der oben genannten neueren Arbeiten von ESSER (1978) - möglicherweise (inhaltliche) Aussagen über Vergleiche, Parallelen ... zum kombinierten Einsatz therapeutischer Methoden bei Erwachsenen/Kindern zu ziehen. Somit wären weitere Mosaiksteine zur schulübergreifenden Intervention geschaffen.

- (b) Zum Postulat der differentiellen Indikation:

Im Gegensatz zu einzelnen herkömmlichen Therapiekonzepten vertritt das methodenkombinierende Konzept die Auffassung, daß zu unterschiedlichen Zeiten und bei

unterschiedlichen Ist-Werten, unterschiedlichen Zielbereichen verschiedene Modifikationstechniken angezeigt sind. Dies impliziert im Prozeßablauf die Möglichkeit einer Schwerpunktverlagerung von einem Veränderungsereich zu einem anderen; damit geht der verstärkte Einsatz von Behandlungselementen aus dem jeweiligen Veränderungsereich einher (vgl. BOMMERT/PLESSEN, 1978).

Dieses differentielle Vorgehen der methodenkombinierenden Therapeuten, das sich im Laufe der Therapie in die Richtung entwickelte: in bestimmten Situationen nur bestimmte Modifikationselemente einzusetzen, um problemspezifisch die definierten Therapieziele zu erreichen, stützt durch seine größere, weitergefächerte Effektivität dieses Postulat.

Die Entscheidung für ein bestimmtes Modifikationselement oder eine Modifikationsstrategie zur Zielerreichung ist beim gegenwärtigen Kenntnisstand empirisch nicht voll abgesichert.

Welcher Faktor beim kombinierenden Vorgehen das entscheidende Agens der Veränderungen darstellt, läßt sich somit hier nicht entscheiden.

Ebensowenig läßt sich aufgrund des geringen Wissens und der Empirie eine klare Indikation oder Kontraindikation für einzelne Kombinationsweisen, ob z.B. ein Austausch von Modifikationselementen bei dem Therapiekonzept dieser Arbeit nicht noch effektiver wäre, angeben.

Welche Mosaiksteine der Kombination in der Praxis zum Tragen kommen, sollte sich dabei nach dem Klienten, seiner Problematik, dem Prozeßstadium, den daraus abgeleiteten Modifikationszielen richten.

Die weitere Aufhellung differentieller Indikationsfragen wird durch das Fehlen gemeinsamer Kategoriensysteme zur Klassifikation von Interventionsstrategien behindert sowie durch den Nachteil bisheriger Untersuchungen zur differentiellen Wirkung und Indikation der Kombination therapeutischer Methoden (einschließlich

dieser Untersuchung): dem Fehlen einer GESAMTHEORIE, eines integrierten Theorie-Modells, das fragwürdigen Eklektizismus verhindert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen einmal mehr die Notwendigkeit der Ablösung von der einseitigen Orientierung an orthodoxen Konzepten nur einer therapeutischen "Schule", des Überdenkens der damit verbundenen theoretischen Modelle und Grundkonzeptionen, sowie der Verwirklichung explizierter und theoretisch fundierter "kombinierter" Interventionsstrategien (vgl. BOMMERT, 1977).

Literaturverzeichnis

- AAB, J. & PFEIFER, T. & REISER, H. & ROCKEMER, H. (1974):
Sonderschule zwischen Ideologie und Wirklichkeit.
München.
- AXLINE, V.M. (1974, 1976): Kinder-Spieltherapie im nicht
direktiven Verfahren. München/Basel.
- BACH, H. (1975): Sonderpädagogik im Grundriß. Berlin.
- BANDURA, A. & WALTERS, R.H. (1963): Social Learning and
Personality Development. New York.
- BARKER, P. (1973): Grundlagen der Kinderpsychiatrie.
Ravensburg.
- BASTINE, R. (1976): Ansätze zur Formulierung von Interven-
tionsstrategien in der Psychotherapie. In: JANKOWSKI +
TSCHULIN, D. & FIETKAU, J.H. + MANN, F. (Hrsg.),
S. 193-207.
- BASTINE, R. (1975): Auf dem Wege zu einer integrierten
Psychotherapie. Psychologie heute, 7, S. 53-58.
- BASTINE, R. (1970): Forschungsmethoden in der klinischen
Psychologie. In: SCHRAML, W.J. (Hrsg.): Klinische
Psychologie. Bern, S. 523-559.
- BAUMGÄRTEL, F. (1976): Theorie und Praxis der Kinderpsycho-
therapie. München.
- BAUMGÄRTEL, F. & BÜKER, U. & STEFFEN, E. (1975): Training
der Kinderpsychotherapie. München.
- BEGEMANN, E. (1970): Die Erziehung der sozio-kulturell be-
nachteiligten Schüler. Hannover.
- BEGEMANN, E. (1971): Die Bildungsfähigkeit der Hilfsschüler.
Berlin.
- BERGIN, A.E. (1971): The Evaluation of Therapeutic Outcomes,
in: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (Hrsg.): Handbook of
Psychotherapy and Behaviour Change, New York, S. 217-270.
- BERNHARDT, M. & BÖTTIGER, H. & VAN HOLST (1974): Soziales
Lernen in der Gesamtschule. München.
- BETHÄUSER, H. (1973): Persönlichkeit - Intelligenz & Schul-
leistung. Univ. Diss. Tübingen.
- BLACKHAM, H. & SILBERMAN, P. (1975): Grundlagen und Methoden
der Verhaltensmodifikation bei Kindern. Weinheim/Basel.

- BLEIDICK, U. (1961): Pädagogik der Behinderten. Berlin.
- BLEIDICK, U. (1968): Über Beziehungen zwischen Milieuschädigung, Erziehungsschwierigkeit und Lernbehinderung. Z.f.Heilpäd., 19, S. 225-241.
- BLÖSCHL, L. (1969): Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie, Bern.
- BOMMERT, H. & ESCHENRÖDER, G. & STAUSS, H. & WEGERT, K. (1973): Abriß der theoretischen Grundlagen des klientenzentrierten Konzepts. Münster.
- BOMMERT, H. (1973): Zur Problematik der Lerntheorie als Bezugsrahmen klientenzentrierter Verhaltensmodifikation. Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GWG), 13, 1-9.
- BOMMERT, H. & BUSEN, H. & GOGOLLA, H. & KLEIN, D. & LÜTKEMEIER, P. & PLESSSEN, U. (1975): Untersuchung zur Förderung lernbehinderter Sonderschüler durch klientenzentrierte Verhaltensmodifikation. Psychol.in Erz. und Unterr., 22, S. 129-136.
- BOMMERT, H. (1975): Ansätze zur Kombination therapeutischer Methoden in der Schule. Vortrag 2. Bundeskonferenz für Schulpsychologie und Bildungsberatung. Freiburg.
- BOMMERT, H. (1977): Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart.
- BOMMERT, H. (1978): Forschung in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: PONGRATZ, L. (Hrsg.): Hdb.d. der Psychologie, Band 8, Göttingen.
- BOMMERT, H. & PLESSSEN, U. (1978): Psychologische Erziehungsberatung. Stuttgart.
- BOMMERT, H. (1979): Ausbildung in Klinisch-Psychologischer Diagnostik. Erscheint in: BIRTSCH, V. & TSCHUEULIN, D. (1979) (Hrsg.): Universitätsausbildung in Klinischer Psychologie. Weinheim.
- BRACKEN, H. von (1966): Entwicklungsgestörte Jugendliche. Bd. 18, München.
- BRACKEN, H. von (1972): Die Dummheit und ihre psychosozialen Aspekte. Heilpäd.Forschung, II, 405.
- BREUER, F. & SEEGER, F. (1977): Erfahrungen und erste Ergebnisse aus Interviews mit praktisch tätigen Psychologen in Beratung und Therapie. Univ. Forschungsbericht. Münster.
- BUSEMANN, A. (1959): Die Hilfsschule und ihre psychologischen Probleme. In: Hdb.d.Psychol., Bd. 10. Göttingen.

- BUSEN, A. (1974): Möglichkeit und Probleme der Anwendung eines gesprächspsychotherapeutisch orientierten Konzepts auf die Population nicht-debiler, lernbehinderter Sonderschulkinder. Univ. Diplomarbeit. Psychol. Inst.Univ. Münster.
- CLAUSS, G. & EBNER, H. (1972): Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen, Soziologen. Frankfurt.
- DEINZER, U. (1979): Nachuntersuchung. Univ. Manuskript. Universität Münster.
- DORST, B. (1977): Situatives Verhaltenstraining - ein lerntheoretischer Ansatz zur Optimierung gruppenspezifischer Lernverfahren. Univ. Diss. Münster.
- DREVER, J. & FRÖHLICH, W.D. (1969): Wörterbuch zur Psychologie. München.
- EDWARDS, A.L. (1971): Versuchsplanung in der psychologischen Forschung. Weinheim.
- ESSER, P. (1978): Erlebnisaktivierung in der Psychotherapie. In: BOMMERT, H. & DAHLHOFF, H.-D. (Hrsg.): Selbsterleben in der Psychotherapie. München.
- FERDINAND, W. & UHR, R. (1973): Sind Arbeiterkinder dümmer oder letztlich nur die Dummen? Psychol. in Erz. und Unterr., 20, 31.
- FIEDLER, P.A. (1976): Gesprächsführung bei verhaltenstherapeutischen Explorationen. In: SCHULTE, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München.
- FIETKAU, J.-J. (1977): Die Einstellung in der Psychotherapie. Salzburg.
- FRANKE, A. (1976): Vergleich von Gesprächspsychotherapie als Einzel- und Gruppentherapie. In: JANKOWSKI, P. u.a. (1976), S. 300-307.
- FRANKE, A. (1978): Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Stuttgart.
- GÄRTNER-HARNACH, V. (1972): Angst und Leistung. Weinheim.
- GEHRECKE, S. (1958): Familien von Hilfsschülern in den Großstädten der Bundesrepublik. Meisenheim/Glan.
- GEISSLER, K.A. (1977): Konzepte sozialpädagogischen Handelns. München, Wien.
- GINOTT, H.G. (1966): Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Weinheim.

- GÖBEL, S. (1976): Spezielle Aspekte klientenzentrierter Spieltherapie bei verhaltensgestörten Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion. Praxis d.Kinderpsychol. und Kinderpsychiat., 25, 2.
- GOETZE, H. & JAEDE, W. (1974): Die nicht-direktive Spieltherapie. München.
- GOETZE, H. & JAEDE, W. (1978): Nicht-direktive Kindertherapie. Hdb.der Psychologie. Bd. 8, 2, S. 2429-2447.
- GOGOLLA, H. (1974): Möglichkeiten und Probleme der Anwendung eines gesprächspsychotherapeutisch orientierten Konzepts auf die Population "nicht-debile", lernbehinderte Sonderschulkinder. Univ. Diplomarbeit. Psychol.Inst.Univ. Münster.
- GORDON, T. (1974): Familienkonferenz. Hamburg.
- GOTTWALD, P. & REDLIN, W. & BAUMHÄUER, F. (1978): Forschung in der Verhaltenstherapie. Hdb. der Psychologie, Bd. 8, 2.
- GRAESSNER, D. & HEINERTH (1975): Eine kommunikationstheoretische Möglichkeit der Operationalisierung der gesprächspsychotherapeutischen Basisvariablen "Echtheit und Wärme". Z.Klin.Psychol., Bd. IV, 153.
- GRAF, S. (1974): Zur politischen und ökonomischen Funktion der Sonderschule für Lernbehinderte. In: Autorenkollektiv Marburg.
- GRAWE, K. (1976): Differentielle Psychotherapie I. Bern.
- GRAWE, K. (1978): Indikation in der Psychotherapie. In: PONGRATZ, L.J. (Hrsg.): Hdb. der Psychol., Bd. 8, 2. Göttingen.
- GRAWE, K. & DZIEWAS, H. (1978): Interaktionelle Verhaltenstherapie. In: Fortschritte in der Verhaltenstherapie, Sonderheft I (1978), Mitteilungen der DGVT.
- De GROOT, A. (1969): Methodology. Foundations of inference and research in the behavioral science. Parin, Mouton.
- GÜSTEMEYER, S. (1971): Forschungs-Ziele und Methoden in der Kindertherapie. Univ. Diss. München.
- GUILFORD, J.P. (1956): Fundamental statistics in psychology and education. New York/Tokyo.
- GWG: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie (1975) (Hrsg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München.
- GWG: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie: Info (1976), Juli, 25: vereinsnachrichten. S. 97.

- HALDER, P. (1975): Verhaltenstherapie. Stuttgart.
- HARTIG, M. (1975): Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung. München.
- HEINER, A. (1974): Rollenspiele - zu wessen Nutzen? in: Grundschulkongreß Niedersachsen: Soziales und emanzipatorisches Lernen.
- HELM, J. (1974²): Psychotherapieforschung. Berlin (DDR).
- HERDER Lexikon (1975): Psychologie. Freiburg.
- HIELSCHER, H. (1975): Erlernen von Kooperation. In: HIELSCHER, H. (Hrsg.): Materialien zur sozialen Erziehung im Kindesalter. Heidelberg.
- HOCKEL, M. (1978): Rahmenrichtlinien zur Kinderpsychotherapieausbildung. In: GWG - Info, 31, S. 50.
- HOFSTÄTTER, P.R. & WENDT, D. (1974): Quantitative Methoden der Psychologie. Frankfurt a.M.
- HOLZKAMP, K. (1972): Kritische Psychologie. Frankfurt a.M.
- INNERHOFER, P. & LEINHOFER, G. & GOTTWALD, P. (1975): Generalisationseffekt des Regeltrainings bei verhaltensgestörten Sonderschulkindern. Z.f.Klin.Psychol., 4, 160.
- JAEGGI, E. (1975): Persönlichkeitstheoretische Implikationen verhaltenstherapeutischer Praxis. Das Argument 91, 423-439.
- JANKOWSKI, P. & TSCHULIN, D. & FIETKAU, H.J. & MANN, F. (Hrsg.) (1976): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen.
- JELINEK, H. & MISEK, K. & OLBRICH, M. & ZIEROTT, J. (1976): Die Entwicklung eines psychologischen Therapiekonzepts durch Methodenkombination. Univ. Zulassungsarbeit zur Diplom-Hauptprüfung für Psychologen. Psychol.Inst.Univ. Münster.
- KAATZ, S. & SCHMIDTCHEN, S. (1976): Kategorien zur Beschreibung des differentiellen Therapeutenverhaltens in der Kinderpsychotherapie. In: SCHMIDTCHEN, S. (1976), S. 56.
- KÄMMERER, A. & REHAHN, S. (1977): Zielsetzungen in der Verhaltenstherapie. In: Fortschritte in der VT, Kongreßbericht. Berlin.
- KALTENBORN, A. (1950): Das Hilfsschulkind als erziehliche Aufgabe. Z.f.Heilpäd., S. 12.
- KAMINSKI, G. (1970): Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart.

- KANFER, F.H. & GOLDSTEIN, A.P. (1977): Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München.
- KANFER, F.H. & PHILLIPS, J.S. (1970): Learning foundations of behavior therapy. New York.
- KAUFMANN, I. (1970): Ergebnisse zum Selbst- und Fremdbild in der Einschätzung von Lernbehinderten. Z.f.Heilpäd., 21, S. 563-574.
- KEMMLER, L. (1967): Erfolg und Versagen in der Grundschule. Göttingen.
- KIESLER, D.J. (1966): Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma. In: PETERMANN, F. (1977).
- KIRCHNER, F.Th. & KISSEL, E. & PETERMANN, F. & BÖTTGER, P. (1977): Interne und externe Validität. In: PETERMANN, F. (1977 a), S. 51-102.
- KLAUER, K.J. (1975): Lernbehindertenpädagogik. Berlin.
- KLEBER, E.W. (1973): Grundlagen sonderpädagogischer Diagnostik. Berlin.
- KLEIN, G. (1973): Die soziale Benachteiligung der Lernbehinderten im Vergleich zu den Hauptschülern. In: HEESE, G. & REINARTZ, A. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Lernbehindertenpädagogik. Berlin.
- KLUMBIES, G. (1975): Notwendigkeit und Vorteile von Methodenkombination in der Psychotherapie. In: HAUSNER, M. u.a. (Hrsg.): Kongreß: Zur Lage der Psychotherapie in sozialistischen Ländern. Leipzig.
- KOBI, E. (1975): Die Rehabilitation der Lernbehinderten. München.
- KORNMANN, R. (1972): Diagnostik der Lernbehinderten. Weinheim.
- KOSCHORKE, M. (1973): Unterschichten und Beratung. Wege zum Menschen, 25, S. 129-142.
- KRAAK, B. (1961): Nicht-direktive Gruppentherapie mit Heimkindern. Z.exp.angew.Psychol., 8, 595.
- KRAIKER, C. (Hrsg.) (1974): Handbuch der Verhaltenstherapie. München.
- KRAUSE, R. (1976): Kombination therapeutischer Vorgehensweisen. In: JANKOWSKI u.a. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. S. 208-213. Göttingen.
- KUHLEN, V. (1974): Verhaltenstherapie im Kindesalter. München.

- LANGENOHL, H. (1973): Gedanken zur Curriculumsrevision und -konstruktion für die Lernbehindertenschule. In: HEESE, G. & REINARTZ (Hrsg.).
- LANGER, F. & SCHULZ von THUN, F. (1974): Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik. München.
- LANGFELDT, H.P. (1976) in: TENT, L. & FINGERHUT, W. & LANGFELDT, H.P. (Hrsg.): Quellen des Lehrerurteils. Weinheim.
- LANGTHALER, W.U. & STANDKE, G. & WICKE, S. (1975): Untersuchung von Auswahlkriterien für die Aufnahme an eine Sonderschule für Lernbehinderte. Praxis f. Kinderpsychol. und Kinderpsychiatr., 6, 228.
- LAZARUS, A.A. (1976): Angewandte Verhaltenstherapie. Stuttgart.
- LEISTIKOW, J. & SCHMIDTCHEN, S. (1976): Globales Verlaufsmodell einer Spieltherapie. In: SCHMIDTCHEN, S. (Hrsg.) (1976).
- LENNERTZ, E. (1974): Verhaltenstherapie in der Schule? Betr.: Erz., 7, H. 1.
- LIENERT, G.A. (1969³): Testaufbau und Testanalyse. Weinheim.
- LÜTKEMEIER, P. (1974): Effekte kindzentrierte Gespräche mit lernbehinderten Sonderschulkindern, die dabei aufgetretenen Störquellen und Möglichkeiten zu deren Überwindung. Univ. Diplomarbeit. Psychol.Inst.Univ. Münster.
- MANDEL, A. & MANDEL, K.H. & STADTER, E. & ZIMMER, D. (1971): Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. München.
- MANDEL, K.H. & MANDEL, A. & ROSENTHAL, H. (1975): Einübung der Liebesfähigkeit. München.
- MARTIN, D.G. (1975): Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß. Salzburg.
- MINSEL, W.-R. (1974): Praxis der Gesprächspsychotherapie. Wien/Köln.
- MINSEL, W.-R. & LANGER, I. (1974): Forschung in der client-centered Gesprächspsychotherapie. In: SCHRAML, W.J. & BAUMANN, U. (Hrsg.): Klin.Psychologie II, S. 209-243. Bern.
- MINSEL, W.-R. & ZIELKE, M. (1977): Theoretische Grundlage der CCT. In: Handbuch der Psychologie, Bd. 8,1, S. 953.
- MÜCKE, R. (1966): Schuleinrichtungen für gemeinschaftsschwierige Kinder. In: LESEMANN (Hrsg.): Beiträge zur Geschichte des deutschen Sonderschulwesens. Berlin.
- MÜLLER, P. (1972): Sind Hilfsschüler dumm? Praxis d. Kinderpsychol. und Kinderpsychiatr., 21, 86.

- NICKEL, H. & SCHLÜTER, P. & FENNER, H.-J. (1973): Angstwerte, Intelligenztest- und Schulleistungen sowie der Einfluß der Lehrerpersönlichkeit bei Schülern verschiedener Schularten. Psychol.in Erz. und Unterr., 20, S. 1-13.
- PAVEL, F.-G. (1978): Die klientenzentrierte Psychotherapie. Entwicklung - gegenwärtiger Stand - Fallbeispiele. München.
- PERREZ, M. (1975): Gesprächspsychotherapie als Therapie internal motivierter Konflikte. In: GWG (1975): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
- PETERMANN, F. (1977 b): Methodische Grundlagen Klinischer Psychologie. Weinheim.
- PETERMANN, F. & SCMOOK, C. (Hrsg.) (1977): Grundlagentexte der Klinischen Psychologie. Bern.
- PETERMANN, F. (1977 a) (Hrsg.): Psychotherapieforschung. Weinheim/Basel.
- PLESSEN, U. & BOMMERT, H. (1976): Notwendigkeit, Möglichkeiten und Probleme der Kombination psychotherapeutischer Methoden. In: LAG für Erziehungsberatung NRW (Hrsg.): Dokumentation Fortbildung. Wesel, S. 10-26.
- PLOG, U. (1976): Differentielle Psychotherapie II. Bern.
- PLOG, U. (1975): Partner-Therapie. In: GWG (Hrsg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München.
- PONGRATZ, L. (1973): Lehrbuch der klinischen Psychologie. Göttingen.
- PRIOR, H. (1975): Soziale Organisation der Gesamtschule und soziales Lernen. Die Deutsche Schule, H. 2.
- PROBST, H. (1974): Die scheinbare und wirkliche Funktion des Intelligenztests im Sonderschulüberweisungsverfahren. In: Autorenkollektiv Marburg: Kritik der Sonderpädagogik. Gießen.
- RAHMENRICHTLINIEN und Lehrpläne für die Schule für Lernbehinderte (Sonderschule) in NRW (1973), Ratingen, Kastellaun.
- REINARTZ, A. (1958): Der Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder als psychodiagnostisches Hilfsmittel im Aufnahmeverfahren für die Hilfsschule. Z.f.Heilpäd., 9, S. 281-292.
- REISS, M. & FIEDLER, P.A. u.a. (1976): Verhaltenstherapie in der Praxis. Stuttgart.
- RÖHRS, P. (1969): Behinderte Kinder in der Sicht der Mitmenschen. In: BLEIDICK, U. (1968), S. 37.

- ROGERS, C.R. (1942, 1972): Die nicht-direktive Beratung. München.
- ROGERS, C.R. (1959): A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: KOCH, S. (Ed.): Psychology: A study of a science. Vol. III, New York.
- ROGERS, C.R. (1969): Freedom to learn. Columbus (Dt.: Lernen in Freiheit. München 1974).
- ROGERS, C.R. (1951): Client-centered therapy. Boston. (Dt.: Die klientbezogene Gesprächstherapie. München 1973).
- ROGERS, C.R. (1970): C.R. ROGERS on encounter group. New York. (Dt.: Encounter-Gruppen. München 1974).
- ROGERS, C.R. (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart. (Engl.: On becoming a person. Boston 1961).
- ROLOFF, (1976): Partnerzentrierte Gesprächsführung für zukünftige Lehrer. Univ. Diss. Münster.
- ROSEMANN, H. (1975): Arbeitshefte für Psychologie, Bd. 15: Lern- und Verhaltensstörungen. Bissendorf.
- SANDER, K. (1975): Einige Gesichtspunkte zur Abgrenzung des klientenzentrierten Konzepts zu anderen psychotherapeutischen Konzepten und zur Beratungssituation. In: GWG (1975): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München.
- SARASON, I.G. & GANZER, V.J. (1973): Modeling and group discussion in the rehabilitation of juvenile delinquents, J.couns.Psychol. 20, 5, S. 442-449.
- SCHABACK-POLLERT, G. (1978): Der Einfluß emotionaler Reize auf das Eßverhalten Übergewichtiger und seine klinische Nutzung bei der Verhaltensmodifikation. Dissertation, Münster.
- SCHERER, J. & SCHLIEP, M. (1974): Persönlichkeitsmerkmale und Leistungsverhalten bei gleichintelligenten Haupt- und Sonderschülern des 5. Schuljahres. Psychol.in Erz. u.Unterr., 21, H. 2, 81-90.
- SCHMIDTBAUER, W. (1977): Integrative Therapie in einem Fall von Waschzwang. Partnerberatung, 3, 124.
- SCHMIDTCHEN, S. (1974): Klientenzentrierte Spieltherapie. Weinheim.
- SCHMIDTCHEN, S. & KLÄNNING, (1974): Analyse des verbalen Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Spieltherapie, Praxis der Kinderpsychol. und Jugendpsychiatr., 23, 8.

- SCHMIDTCHEN, S. (1975): Effekte von Spieltherapie nach einem Jahr. In: SCHMIDTCHEN, S.: Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie. Kiel.
- SCHMIDTCHEN, S. (1976): Handbuch der Klientenzentrierten Kindertherapie. Kiel.
- SCHMIDTCHEN, S. (1978 a): Die Verhaltenstherapie als Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche. In: Hdb. der Psychologie, 8, 2, S. 2451-2474.
- SCHMIDTCHEN, S. (1978b): Handeln in der Kinderpsychotherapie. Stuttgart.
- SCHMIDTCHEN, S. & HOBRÜCKER, B. (1976): Persönlichkeitsfragebogen für Kinder. In: SCHMIDTCHEN, S. (1976).
- SCHMIDTCHEN, S. & KAATZ, S. (1976): Gesprächspsychotherapie bei Jugendlichen. In: BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Erg.Bd. III. München/Basel.
- SCHOMBURG, E. (1963): Die Sonderschule in der BRD. Neuwied.
- SCHRÖDER, G. (1974): Theorie und Praxis der VT bei Kindern mit Ängsten. In: KRAIKER, Ch. (1974), S. 155.
- SCHULTE, D. (Hrsg.) (1974): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München.
- SCHUMACHER, G. (1974): Verhaltensgestörte Schüler. Empirische Vergleichsuntersuchungen. Bonn - Bad Godesberg.
- SCHWARTZ, H.J. (1975): Empirisch geprüfte Prozeßmerkmale in der Gesprächspsychotherapie. In: GWG (Hrsg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
- SCHWÄBISCH, L. & SIEMS, M. (1974): Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Reinbek (Hamburg).
- SCHWARZER, R. (1975): Schulangst, Sozialstatus und Schulleistung. Psychol.in Erz. und Unterr., 22, 16-22.
- SEEBASS, Ch. (1977): Entwicklung eines integrativen Therapiekonzepts zur Partnertherapie. Teil I: Theoretische Ableitung von Therapeutenverhaltensmerkmalen bezogen auf definierte Klientenzielbereiche. Univ. Diplomarbeit Univ. Münster.
- SIEGEL, S. (1956): Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York.
- SLADKY, T. (1976): Sozialtraining mit behinderten Kindern. Univ. Diss. Univ. Innsbruck.
- SLAVSON, S.R. (1956): Einführung in die Gruppentherapie. Göttingen.

- SUCKERT-WEGERT, K. (1976): Das klientenzentrierte Konzept der GPT und die "therapeutenzentrierte" Erwartungshaltung des Klienten: eine Untersuchung über die Effekte vorthérapeutischer Beeinflussung falscher Klientenerwartungen auf den Therapieverlauf. Diss. Univ. Münster.
- SÜLLWOLD, F. & BERG, M. (1967): Problemfragebogen für Jugendliche. Göttingen.
- STANGE, E. & STANGE, W. (1974): Training des Konfliktlöseverhaltens. In: HIELSCHER, H. (Hrsg.): Materialien zur sozialen Erziehung im Kindesalter.
- STAUSS, H. (1975): Direkte Intervention während des Gesprächsverlaufs als Ausbildungsmöglichkeit in Gesprächspsychotherapie. Univ. Diss. Münster.
- STAUSS, H. (1978): Beratung zwischen Manipulation und engagiertem Dialog. Wege zum Menschen, H. 4, 134-147.
- TAUSCH, R. & TAUSCH, A. (1956): Kinderpsychotherapie im nicht-direktiven Verfahren. Göttingen.
- TAUSCH, A. & KETTNER, U. & STEINBACH, I. & TÖNNIES, S.E. (1973): Effekte kindzentrierter Einzel- und Gruppengespräche mit unterprivilegierten Kindergarten- und Grundschulkindern. Psychol. in Erz.u.Unterr., 20, 77.
- TAUSCH, R. & TAUSCH, A.-M. (1971, 1974, 1977): Erziehungspsychologie. Göttingen.
- TAUSCH, R. (1973, 1975, 1979): Gesprächspsychotherapie. Göttingen.
- THALMANN, H.C. (1971): Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Stuttgart.
- TOPSCH, W. (1975): Grundschulversagen und Lernbehinderung. Essen.
- TRUAX, C.B. (1961): The process of group psychotherapy. Psychol. Monogr. 75, 7, No. 511.
- TRUAX, C.B. & CARKHUFF, R.P. (1967): Towards effective Counselling and Psychotherapy. Chicago.
- TSCHEULIN, D. (1972): Gesprächspsychotherapie als zwischenmenschlicher Kommunikationsprozeß. In: GWG (Hrsg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (1975).
- TSCHEULIN, D. (1977): Podiumsdiskussion: Grenzen der GT aus der Sicht anderer Richtungen. In: WILD-MISSONG, A. & TEUWSEN, E. (1977).
- URBAN, H. & FORD (1971): Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavioral change. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (1971).

- VOGL, M. (1974): Modellernen. In: KRAIKER, Ch. (1974) (Hrsg.).
- WALTER, H. (1977): Angst bei Schülern. München.
- WATZLAWIK, P. & WEAKLAND, J.H. & FISCH, R. (1974): Lösungen, Bern.
- WESTMEYER, H. (1973): Zur Kritik der psychologischen Unvernunft. Stuttgart.
- WESTMEYER, H. (1975): Zur Beziehung zwischen Verhaltensdiagnose und Verhaltenstherapie. Psychol. Rundschau, 1975, 26, 4, 282-287.
- WIECZERKOWSKI, W. & BASTINE, R. & FIETKAU, B. & NICKEL, H. & TAUSCH, R. & TEWES, U. (1969): Verminderung von Angst und Neurotizismus bei Schülern durch positive Bekräftigung von Lehrern. Z.f. Entw.Psych.und Päd.Psych. 1, 3-12.
- WILD-MISSONG, A. & TEUWSEN, E. (1977): Psychotherapeutische Schulen im Gespräch miteinander. Salzburg.
- WINKLER, H. & PODOLSKY, S. & BASTINE, R. (1974): Verhaltensänderung in der Sonderschule. Betr.: Erz., 7, H. 1.
- WINTER, G. (1965): Sozialer Kontakt und soziales Verstehen bei intelligenz- und milieugeschädigten Kindern. Univ. Diss. München.
- WITTIG, E. (1975): Diagnostik bei Eltern und Kindern der Unterschicht. Univ. Diplomarbeit Univ. Münster.
- WOLPE, J. (1973): The practice of behavior therapy. New York.
- WOLPE, J. & LAZARUS, A.A. (1966): Behavior therapy techniques. New York.
- ZIMMER, D. (1978): Die Beziehung von Therapeut und Klient in der Verhaltenstherapie - zur Entwicklung der Problemstellung. In: Fortschritte in der VT, Kongreßbericht DGVt, Sonderheft I, Berlin.
- ZOEKE, B. & TETZLAFF, M. & SUCKERT-Wegert, K. & SCHOPPE, C. & NATTKEMPER, D. & DOHMEN, L. (1977): Überlegungen zur Handlungsstruktur des Gesprächspsychotherapeuten. In: Fortschritte in der VT, Kongreßbericht I, DVGt, Berlin.

Testverzeichnis

WIECERKOWSKI, W. & NICKEL, H. & JANOWSKI, A. & FITTKAU, B.
& RAUER, W. (1974): AFS. Braunschweig.

BUGGLE, F. & BAUMGÄRTEL, F. (1972): HANES, KJ. Göttingen.

JÖRGER, K. (1973²): SET: Gruppentest für die soziale Einstellung. Göttingen.

ANHANGSVERZEICHNIS

	Seite
Tabelle A 1: Übersicht über Therapiegruppen	A 1
" " "	A 2
Allgemeine Hinweise für Testleiter/	A 3
Standardisierte Testanleitung	A 4
Standardisierte Antwortmöglichkeiten zum AFS/	A 5
Modifizierte Items HANES (1.+2. Testhälfte)	A 6 - A 7
Schülerfragebogen (SFB)	A 8 - A11
Milieufragebogen (MFB)	A 12
Therapieprotokoll 1+2	A13 - A14
Therapieprotokoll 3	A15 - A16
Therapeutenfragebogen	A17 - A19
Stundeninhalte	A20 - A31
Zielbereiche ^x	A32 - A33
Therapiekonzept I ^x	A34 - A37
Therapiekonzept II ^x	A38 - A43
Therapiekonzept III ^x	A44 - A47
Spielsammlung ^x	A48 - A65
Tabelle A2: Mittelwerte aller Therapeuten- verhaltensmerkmale	A66
Tabelle A3: Neurotizismus (Untergruppe IQ)	A67
Tabelle A4: Neurotizismus (Untergruppe Geschlecht)	A67
Tabelle A5: Neurotizismus (Untergruppe Alter)	A67
Tabelle A6: Soziale Reife (SET) Untergruppe ALTER	A68
Tabelle A7: Soziale Reife (SET) Untergruppe IQ	A68
Tabelle A8: Soziale Reife (SET) Untergruppe GESCHLECHT	A68
Tabelle A 9: Soziale Erwünschtheit: Unter- gruppe IQ	A69
Tabelle A10: Soziale Erwünschtheit: Untergruppe GESCHLECHT	A69
Tabelle A11: Soziale Erwünschtheit: Untergruppe ALTER	A69
Tabelle A12: Prüfungsangst: Untergruppe IQ	A70
Tabelle A13: Prüfungsangst: Untergruppe GESCHLECHT	A70
Tabelle A14: Prüfungsangst: Untergruppe ALTER	A70

Tabelle A15: Manifeste Angst: Untergruppe IQ	A71
Tabelle A16: Manifeste Angst: Untergruppe GESCHLECHT	A71
Tabelle A17: Manifeste Angst: Untergruppe ALTER	A71
Tabelle A18: U-Test: Untergruppe GESCHLECHT	A72
Tabelle A19: U-Test: Untergruppe ALTER	A72
Tabelle A20: U-Test: Untergruppe IQ	A72
Tabelle A21: Korrelation: Kindervariablen	A73
Schülerfragebogen: Faktoren	A74 - A76
Nachuntersuchungsfragebogen	A77 - A79
Tabelle A22: Nachuntersuchung: Homogenität (Vortest)	A80
Tabelle A23: Nachuntersuchung: Homogenität (Posttest)	A81
Tabelle A24: Nachuntersuchung: Prüfungsangst	A82
Tabelle A25: Nachuntersuchung: Manifeste Angst	A83
Tabelle A26: Nachuntersuchung: Neurotizismus	A84
Tabelle A27: Nachuntersuchung: Soziale Er- wünschtheit	A85

Tabelle A 1: Übersicht über alle den drei Therapiekonzepten zugeordneten Therapiegruppen mit Angabe von Code, Geschlecht, Alter und IQ für jedes einzelne Kind sowie der Alters- und IQ-Mittelwerte für jede Therapiegruppe und die Kontrollgruppe (M = Mittelwert; m = männlich; w = weiblich).

Konzept I				Konzept II				Konzept III			
Code	Geschlecht	Alter	IQ	Code	Geschlecht	Alter	IQ	Code	Geschlecht	Alter	IQ
GRUPPE A I 1				GRUPPE A II 1				GRUPPE A III 1			
A05	w	11	-	A02	m	9	98	A04	m	9	85
A17	m	11	83	A23	m	9	90	A12	m	10	88
A21	m	9	93	A34	m	10	87	A15	m	11	85
A28	w	10	86	A35	m	9	98	A29	w	11	-
M = 10,25			M = 87	M = 9,75			M = 93	M = 10,25			M = 86
GRUPPE A I 2				GRUPPE A II 2				GRUPPE A III 2			
A06	m	12	81	A07	w	12	84	A01	m	12	81
A08	w	12	100	A20	m	13	88	A10	w	13	83
A14	m	11	85	A24	w	11	98	A11	w	12	80
A16	m	12	97	A26	m	12	84	A18	m	12	89
M = 11,75			M = 91	M = 12			M = 88,5	M = 12			M = 83
GRUPPE B I 1				GRUPPE B II 1				GRUPPE B III 1			
B04	m	10	95	B01	w	10	96	B05	w	10	81
B08	w	11	88	B02	m	10	88	B07	m	11	80
B13	m	12	92	B20	w	12	87	B11	m	12	86
B15	m	12	89	B22	m	12	84	B21	m	12	82
M = 11,25			M = 91	M = 11,5			M = 89	M = 11,25			M = 82

Tabelle A 4: (Fortsetzung)

Konzept I				Konzept II				Konzept III			
Code	Geschlecht	Alter	IQ	Code	Geschlecht	Alter	IQ	Code	Geschlecht	Alter	IQ
GRUPPE U I 1				GRUPPE B II 2				GRUPPE B II 2			
U01	m	11	-	B14	m	13	89	B06	w	10	83
U05	m	11	87	B17	m	13	87	B10	m	11	91
U09	w	12	84	B25	w	12	83	B18	m	12	88
U10	w	11	81	B26	w	13	85	B19	m	12	87
		$M = 11,25$	$N=84$			$M = 12,75$	$N=86$			$M = 11,25$	$N=87$
GRUPPE U I 2				GRUPPE U II 1				GRUPPE U III 1			
U14	m	13	-	U03	w	12	81	U12	m	13	81
U15	w	13	90	U04	w	11	87	U13	w	13	84
U20	w	13	81	U16	m	11	91	U18	w	13	80
U22	m	14	-	U23	m	12	87	U24	m	13	84
		$M = 13,25$	$M=85,5$			$M = 11,5$	$N=83$			$M = 13$	$N=82$
GRUPPE U I 1				GRUPPE U II 2				GRUPPE U III 2			
								U06	m	10	82
								U08	m	11	86
								U17	w	11	90
								U25	m	12	83
										$M = 11$	$N=85$

(KONTROLLGRUPPE)

N = 19 (11 m; 8 w)

IQ: M = 83

Alter: M = 11,8 Jahre

Allgemeine Hinweise für die Testleiter

- 1) Außerhalb der Testsituation möglichst keinen Kontakt mit den Kindern aufnehmen.
- 2) Die Kinder beim Testen so weit als möglich auseinandersetzen.
- 3) Standardisierte Einführung geben (siehe Beiblatt)
- 4) Den Schülern Karteikarten geben, womit jeweils nur das vorgelesene Item aufgedeckt bleibt.
- 5) Kontrollieren, ob die Kinder alles angekreuzt haben; darauf achten, daß aber auch ein Item nicht doppelt angekreuzt wurde.
- 6) Den Text (d.h. Fragen oder Statements) laut und langsam vorlesen. Den Kindern Zeit lassen zum Ankreuzen. Alle Kinder müssen fertig sein, bevor zum nächsten Item weitergegangen werden kann.
- 7) Standardisierte Antwortmöglichkeiten geben (siehe Beiblatt)
- 8) Ad hoc gegebene Antworten möglichst schriftlich festhalten.
- 9) Bei allgemeiner Frage des Kindes "Was soll ich darauf antworten?" ist zu erwidern: "Was du für richtig hältst, was deine eigene Meinung ist".
- 10) Bei Heimkindern: anstelle von Vater, Mutter in manchen Items sollen sie sich den Gruppen- bzw. Heimleiter denken.
- 11) Wenn sich ein Schüler absolut weigert mitzumachen:
darauf hinweisen
 - Tests enthalten für uns wichtige Informationen
 - fragen, warum nicht. Falls z.B. Prüfungsangst u.ä. darauf hinweisen, daß es keine Klassenarbeit ist, daß man langsam gemeinsam vorgeht, daß individuelle Hilfe gegeben wird

Standardisierte Testanleitung

- Begrüßung
- Vorstellung mit Namen (an die Tafel schreiben)
- folgende Einführung ziemlich wörtlich geben (aber frei gesprochen):

"Ich werde Euch Fragebögen vorlegen, in denen Ihr Eure Meinung ankreuzen sollt. Und zwar möchten wir gern von Euch wissen, wie Kinder in Eurem Alter solche Fragen beantworten.

Es gibt in diesen Fragebögen keine richtigen oder falschen Antworten, d.h. es ist keine Prüfung. Es ist nur wichtig, daß Ihr die Fragen ehrlich beantwortet.

Ihr braucht bei den Antworten nicht lange überlegen. Kreuzt es ruhig so an, wie es Euch im ersten Moment einfällt.

Eure Eltern und Lehrer erfahren nichts von Euren Antworten, es wird ja auch kein Name auf den Fragebögen notiert."

- Austeilen der Fragebögen

"Bitte sprecht nicht laut miteinander, sagt bitte Eure Antworten nicht laut und schreibt nicht voneinander ab.

Wenn Ihr etwas nicht versteht, so meldet Euch bitte sofort."

- Bei den standardisierten Tests jetzt lt. Handanweisung das Ankreuzen mit den Schülern besprechen und die Wandtafel dabei benutzen.

Bei 'Eigenbau'-Tests die entsprechende Anleitung vorlesen und ebenfalls ausführlich besprechen.

"Ich werde jetzt die Fragen der Reihe nach vorlesen. Nach jeder Frage gebe ich euch Zeit zum Ankreuzen. Wir gehen also gemeinsam vor."

Standardisierte Antwortmöglichkeiten zu AFS

zu Item 3) Manchmal wünschte ich = manchmal würde ich es gut finden

5) sich zusammennehmen = sich zusammenreißen, sich nichts anmerken lassen

9) zuvorkommend = ich helfe anderen, ich bin höflich

10) mißmutig = niedergeschlagen, sauer

19) daß ich einen schlechten Eindruck mache = daß andere schlecht von mir denken

25) beklemmendes Gefühl = Angst haben

27) zustoßen = passieren

39) fühle ich mich wie verlassen = einsam, allein gelassen

45) als ich mich gebe = wie ich nach außen hin (vor anderen Leuten) tue

Modifizierte Items für: HANES, 1. Testhälfte

Die modifizierte Form des Items wird gleich anschließend an das Original-Item vorgelesen, unter Zwischenschaltung der Formel: "Dafür kann man auch sagen: '...'".

Die zusätzlichen Erklärungen in Klammern sind nur dann zu geben, wenn ein Kind zu verstehen gibt, daß es die Frage nicht (ganz) verstanden hat.

1. (Wichtige Ereignisse sind z.B.: eine Klassenarbeit oder ein Geburtstag oder Weihnachten.)
3. (Grübeln bedeutet: lange und oft über etwas nachdenken - oft traurige Gedanken haben - daß man über etwas Trauriges immer wieder nachdenken muß - wenn man über etwas Trauriges immer wieder nachdenken muß)
5. = Kannst du es z.B. schlecht haben, wenn der Lehrer oder deine Eltern sagen: "Das hast du schlecht gemacht."?
8. = Hast du es gern, wenn um dich herum viel los ist?
12. = Bist du meistens fröhlich?
13. = Bist du traurig, wenn dir was Schlimmes passiert ist?
15. = Hast du das Gefühl, daß andere meist alles leichter schaffen als du?
18. = Wirst du oft zappelig und willst du oft etwas tun, ohne genau zu wissen, was du tun willst?
19. = Sagst du dir oft: "Ich wollte, es wären jetzt ein paar nette Freunde hier, mit denen ich fröhlich spielen könnte"?
21. = Bist du sehr traurig, wenn du etwas nicht bekommst, was du dir gewünscht hast?
24. = Fühlst du dich oft müde und schlapp und weißt nicht, woher das kommt?
25. = Versuchst du oft etwas auch dann zu machen, selbst wenn du meist, daß du es vielleicht nicht schaffst?
28. = Fühlst du dich oft einsam, z.B. wenn du keinen hast, mit dem du spielen oder sprechen kannst?
29. = Hast du öfters Lust, Streiche zu machen, z.B. bei fremden Leuten schellen und dann weglaufen?
30. (Innerlich unruhig ist z.B. jemand, der nur ganz kurze Zeit ruhig auf einem Stuhl sitzen kann, oder unzufrieden mit sich selber ist oder ein bedrückendes Gefühl hat, es kommt etwas auf mich zu, was ich nicht kenne. Empfindlich ist jemand, der sich leicht über etwas aufregt oder ärgert.)

32. = Bist du schnell beleidigt, wenn dir jemand sagt: "Das hast du schlecht gemacht."?
35. = Schaffst du es leicht, auf einer langweiligen Geburtstagsfeier die anderen z.B. schnell zum Lachen zu bringen oder für Spiele zu begeistern?

Modifizierte Items für HANES, 2. Testhälfte

Die modifizierte Form des entsprechenden Items wird gleich anschließend an das Original-Item vorgelesen, unter Zwischenschaltung der Formel: "Dafür kann man auch sagen: '...'".

Die zusätzlichen Erklärungen in Klammern sind nur dann zu geben, wenn ein Kind zu verstehen gibt, daß es die Frage nicht (ganz) verstanden hat.

1. (Etwas Wichtiges ist z.B. eine Klassenarbeit, ein Geschenk basteln etc.)
5. = grübelst du oft? Denkst du oft viel nach?
8. jemand sympathisch finden = jemanden nett finden.
17. = kommst du oft in Schwierigkeiten, weil du etwas getan hast, ohne vorher zu überlegen?
18. (Zoll: Wenn man z.B. von Holland nach Deutschland zurückkommt, muß man an der Grenze für manche Sachen Zoll bezahlen, die man in Holland eingekauft hat.)
19. = Fühlst du dich manchmal richtig unwohl und weißt nicht, woher das kommt?
24. Weißt du nicht, was du machen sollst, wenn du von etwas überrascht worden bist?
32. (nervöser Mensch = jemand, der leicht ungeduldig und unruhig ist.)

S - F -B

Code:

Alter:

Geschlecht:

Datum:

Versuche bitte, die Sätze auf den nächsten Seiten so zu beantworten, wie es für Dich zutrifft.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Laß Dir Zeit.

Hinter jedem Satz findest Du 3 verschiedene Zeichen:

Es bedeutet $\square$ = stimmt; $\triangle$ = stimmt manchmal; $\bigcirc$ = stimmt nicht.

Also,

wenn ein Satz für Dich stimmt, machst Du ein Kreuz bei $\square$.

Wenn Du meinst, daß es manchmal stimmt, machst Du ein Kreuz bei $\triangle$.

Wenn ein Satz für Dich nicht stimmt, machst Du ein Kreuz bei $\bigcirc$.

Hier zeigen wir Dir ein Beispiel:

	stimmt	stimmt manchmal	stimmt nicht
Autofahren macht mir Spaß			
Wenn Dir Autofahren Spaß macht, kreuzt Du so an:	☒	☐	☐
Wenn Dir Autofahren manchmal Spaß macht, kreuzt Du so an:	☐	☒	☐
Wenn Dir Autofahren keinen Spaß macht, kreuzt Du so an:	☐	☐	☒

- | | stimmt | stimmt
manchmal | stimmt
nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich kann oft die Hausaufgaben nicht,
weil sie zu schwer sind. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ich weiß oft nicht, was ich
spielen soll. | | | |
| 3. Wenn der Lehrer etwas erklärt,
versteh ich es oft nicht. | | | |
| 4. Zwischen meiner Mutter und mir
ist oft Streit. | | | |
| 5. Ich bin oft sehr traurig. | | | |
| 6. Ich bin lieber mit Mädchen
als mit Jungen zusammen. | | | |
| 7. Ich fühle mich oft einsam. | | | |
| 8. Ich möchte gern jemanden
kennenlernen, mit dem ich
über alles reden kann. | | | |
| 9. Wenn ich in der Schule etwas
nicht verstehe, traue ich
mich nicht, den Lehrer zu fragen. | | | |
| 10. Wenn ich Krach mit jemanden habe,
gebrauche ich die schlimmsten
Ausdrücke. | | | |
| 11. Ich weiß mit meiner Freizeit
wenig anzufangen. | | | |
| 12. Ich möchte in meiner Klasse
mehr zu sagen haben. | | | |
| 13. Bei einem Fremden habe ich
Angst, etwas zu sagen. | | | |
| 14. Ich schreie häufig meine Mutter
an, aber ich will das nicht. | | | |
| 15. Ich möchte häufiger fernsehen. | | | |
| 16. Die anderen stoßen mich aus
und lassen mich nicht mitmachen. | | | |

stimmt

stimmt
manchmal

stimmt
nicht

17. Die Kinder mit den besseren Noten
haben mehr zu sagen.
18. Die anderen ärgern mich dauernd.
19. Es fällt mich leicht, Freunde zu
finde.
20. Oft schreie ich jemanden an,
und dann tut es mir leid.
21. Die meisten Kinder dürfen zu
Hause mehr als ich.
22. Oft habe ich Angst davor, zur
Schule zu gehen.
23. Ich möchte, daß mein Vater
anders zu mir ist.
24. Ich bin lieber mit Jungen als
mit Mädchen zusammen.
25. Was die anderen von mir denken,
ist mir egal.
26. Meine Eltern wollen immer Recht
haben.
27. Ich möchte gern jemanden haben,
der mich lieb hat.
28. Ich habe viel Streit mit mei-
nen Geschwistern.
29. Ich kann mit anderen schlecht
reden.
30. Meistens langweile ich mich im
Unterricht.
31. Meine Eltern haben meinen Bruder
(meine Schwester) lieber als mich.
32. Ich bin oft auf mich selbst wütend.



	stimmt	stimmt manchmal	stimmt nicht
33. Die anderen sagen Sonderschüler zu mir.	☐	☐	☐
34. Ich möchte, daß meine Mutter anders zu mir ist.			
35. Manchmal möchte ich am liebsten von zu Hause weglaufen.			
36. Ich streite mich häufig mit anderen Kindern.			
37. Meine Eltern verstehen oft nicht, was ich gerne möchte.			
38. Ich habe noch keinen richtigen Freund (keine richtige Freundin).			
39. Meine Eltern sagen, daß ich in der Schule besser bin als andere.			
40. Es tut mir weh, wenn jemand "Doofenschule" zur Sonderschule sagt.			
41. Ich habe oft Angst vor meinem Lehrer.			

M - F - B

- 1) Wie wohnst du?
eigenes Haus ☐
Etagen-Wohnung ☐
Not-Wohnung ☐
- 2) Wieviel Personen wohnen bei euch in der Wohnung? ☐
- 3) Welche Personen sind das, die bei euch in der Wohnung wohnen?
Vater ☐ Mutter ☐ Geschwister ☐
Großeltern ☐ Verwandte ☐ andere ☐
- 4) Wieviele der Kinder gehen noch zur Schule / Kindergarten? ☐
- 5) Wieviel Kinderzimmer hat eure Wohnung? ☐
- 6) Wer schläft bei dir noch im Zimmer
- 7) Was macht dein Vater von Beruf?
- 8) Welchen Beruf hat dein Vater früher gelernt?
- 9) Arbeitet deine Mutter außer Haus? ☐ ja ☐ nein
- 10) Als was arbeitet deine Mutter?
- 11) Hat deine Mutter eine Lehre gemacht? ☐ ja ☐ nein
- 12) Wann habt ihr zuletzt Ferien gemacht?
dieses Jahr ☐
vergangenes Jahr ☐
schon lange nicht mehr ☐
- 13) Wo habt ihr die Ferien verbracht?
- 14) Wieviel Stunden siehst du jeden Tag fern?
- 15) Hilft dir jemand bei den Hausaufgaben?
Mutter oder Vater oder Geschwister immer ☐
Mutter oder Vater oder Geschwister unregelmäßig ☐
keiner hilft oder nur selten hilft jemand ☐
- 16) In wievielen Schulen warst du bis jetzt?
- 17) Wieviel Lehrer hast du schon gehabt?

THERAPIEPROTOKOLL 1 + 2

Therapeut:

Datum:

Wievielter Kontakt?

Therapiekonzept 1 2 3

Anwesende Kinder (Code):

a)

b)

c)

d)

Stundenthemen:

+ = ja o = weiß nicht - = nein

1. durch ihr Verhalten haben mich die Kinder

.....

heute verunsichert

+ o -

2. ich hatte heute das Gefühl, daß sich die Kinder

.....

durch meine Verbalisierungen

beeinflussen ließen

+ o -

3. ich hatte heute Schwierigkeiten emotionale Inhalte zu reflektieren

+ o -

4. es fiel mir heute leicht, emotionale Inhalte kindgemäß zu verbalisieren

+ o -

5. ich erlebte mich heute so, daß ich keine Rolle vor den Kindern spielte, sondern echt, natürlich und ungezwungen war

+ o -

6. es fiel mir heute schwer die emotionalen Beziehungen der Kinder untereinander zu verbalisieren

+ o -

7. das heutige Spiel, oder Thema war für mich schwierig durchzuführen, wenn ja, warum?

+ o -

.....

8. folgende Spiele/Themen

..... fanden bei den Kindern großes

Interesse

+ o -

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 9. folgende Kinder suchten sich heute Konflikten zu entziehen: | + | 0 | - |
| 10. folgende Kinder trugen heute durch eigene Aktivitäten zu konstruktiven Konfliktlösungen bei: | + | 0 | - |
| 11. folgende Kinder gingen auf Kompromißvorschläge ein: | + | 0 | - |
| 12. folgende Probleme/Konflikte;
.....
wurden von folgenden Kindern in der Gruppe erzeugt;
..... | + | 0 | - |
| 13. folgende Probleme/Konflikte: | + | 0 | - |
|
wurden von folgenden Kindern in der Gruppe erzählt;
..... | + | 0 | - |
| 14. folgende Spiele/Themen:
.....
wurden von folgenden Kindern in die Gruppe eingebracht/
vorgesprochen; | + | 0 | - |
| 15. folgende Kinder waren heute motorisch sehr unruhig:
..... | + | 0 | - |
| 16. in Außenseiterposition waren heute folgende Kinder:
..... | + | 0 | - |
| 17. folgende Kinder suchten heute vorwiegend beim Therapeuten Kontakt: | + | 0 | - |
| 18. folgende Kinder waren heute sehr kooperativ: | + | 0 | - |
| 19. sonstige Beobachtungen, Hinweise, Anregungen und Bemerkungen (z.B. Grenzüberschreitungen): | | | |

für weitere Notizen bitte Rückseite benutzen

THERAPIEPROTOKOLL 3

Therapeut:

Datum:

Wievielter Kontakt?

Therapiekonzept 1 2 3

Anwesende Kinder (Code):

a)

b)

c)

d)

Stundenthemen:

+ = ja o = weiß nicht - = nein

1. durch ihr Verhalten haben mich folgende Kinder heute verunsichert: ... + o -
2. ich erlebte mich heute so, daß ich vor den Kindern keine Rolle spielte, sondern echt, natürlich und ungezwungen war + o -
3. das heutige Spiel, oder/und Thema :
.....
war für mich schwierig durchzuführen, wenn ja, warum?
..... + o -
4. folgende Spiele/Themen fanden bei den Kindern großes Interesse: + o -
5. folgende Spiele/Themen:
..... waren für folgende Kinder zu schwierig: + o -
6. folgende Spiele/Themen :
..... haben folgende Kinder nicht interessiert: + o -
7. folgende Kinder verhielten sich aggressiv : + o -
8. folgende Kinder verhielten sich zärtlich zueinander:
..... + o -

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 9. folgende Kinder suchten sich heute Konflikten zu entziehen : | + | o | - |
| 10. folgende Kinder trugen heute durch eigene Aktivitäten zu konstruktiven Konfliktlösungen bei : | + | o | - |
| 11. folgende Kinder gingen auf Kompromißvorschläge ein :
..... | + | o | - |
| 12. folgende Probleme/Konflikte :
.....
wurden von folgenden Kindern in der Gruppe erzeugt :
..... | + | o | - |
| 13. folgende Probleme/Konflikte :
.....
wurden von folgenden Kindern in der Gruppe erzählt :
..... | + | o | - |
| 14. folgende Spiele/Themen :
.....
wurden von folgenden Kindern in die Gruppe eingebracht/
vorgesprochen :
..... | + | o | - |
| 15. folgende Kinder waren heute motorisch sehr unruhig :
..... | + | o | - |
| 16. in Außenseiterposition waren heute folgende Kinder :
..... | + | o | - |
| 17. folgende Kinder suchten heute vorwiegend beim Therapeuten Kontakt : | + | o | - |
| 18. folgende Kinder waren heute sehr kooperativ :
..... | + | o | - |
| 19. sonstige Beobachtungen, Hinweise, Anregungen und Bemerkungen (z.B. Grenzüberschreitungen) : | | | |

für weitere Notizen bitte Rückseite benutzen!

THERAPEUTENFRAGEBOGEN

Die Gruppe:

1. Mit welcher Motivation kamen die Kinder in die Therapie?

- a) sie mußten ermahnt werden mitzukommen ☐
- b) sie kamen ohne Anzeichen von Widerstreben, aber gleichgültig ☐
- c) sie kamen mit Anzeichen von Freude mit ☐

2. Welche Grenzüberschreitungen fanden statt?

- a) Herumspielen am Tonband: Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐
- b) Raufereien, Schlägereien, so daß Du eingreifen mußt: Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐
- c) Verlassen des Raumes während der Therapiestunde: Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐
- d) Verlassen der Therapiestunde vor ihrem Ende: Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐

3. Wurde ein Kind von einem anderen so hart behandelt, daß es weinte?

Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐

4. Wollten die Kinder Therapiekontakte vorzeitig beenden?

Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐

5. Wie war Deine Beziehung zu den Kindern? (Bitte unterstreichen)

(bezogen sich die Kinder dem, was sie sagten oder taten, stark auf Dich; richteten sie sich nach Dir aus; Erwarteten sie Impulse von Dir; Erwarteten sie Rückmeldungen über ihr Verhalten von Dir; riefen sie Dich bei Streitigkeiten als Schiedsrichter an; legten sie Wert auf Dein Urteil; Waren die Kinder aggressiv gegen Dich; warst Du "tabu" für sie (bezogen auf aggress. Verhalten)

6. Kamen Äußerungen von Langeweile?

Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐

7. Übten die Kinder Kritik an der Therapie?

- a) am Verhalten des Therapeuten: Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐
- b) an den Gruppenmitgliedern: Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐
- c) am Projekt ("wir sind hier Versuchskaninchen") Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐

8. Tauchte der Wunsch nach Anhören des Tonbandes auf?

Häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐

9. Wie äußerten sich die Kinder am Ende der gesamten Therapie?

- a) froh, daß die Therapie zu Ende war
alle ☐ einzelne ☐ keiner ☐
- b) zeigten indifferente Haltung
alle ☐ einzelne ☐ keiner ☐
- c) bedauerten das Ende der Therapiekontakte
alle ☐ einzelne ☐ keiner ☐

10. Wurde das Thema: Junge-Mädchen Beziehung angesprochen?

nein ☐ manchmal ☐ häufig ☐ ; positiv: ☐ (scherzhaft, etc.)
negativ: ☐ (aggressiv, etc.)

11. Hast Du den Eindruck, daß sich bei den Kindern im Laufe der Therapie Gruppenbeziehungen entwickelt haben?

deutlich ☐ ansatzweise ☐ nein ☐

Die Therapie:

1. Wie begegneten Dir die Lehrer?

freundlich ☐ indifferent ☐ unfreundlich, ablehnend ☐

2. Wie äußerten sich die nicht-teilnehmenden Kinder über die Therapie?

a) sie baten darum, auch teilnehmen zu können ☐
b) indifferent ☐
c) negativ über die Therapieteilnehmer bzw. die Therapie ☐

3. Welchen Stellenwert hatte das Spielmaterial in Deinen Therapiestunden?

hohen ☐ mittleren ☐ geringen ☐

4. Wie oft kam es vor, daß die Kinder über das Spielmaterial lästerten, es ablehnten, ignorierten, nicht darauf ansprachen?

häufig ☐ manchmal ☐ nie ☐

5. Welche zeitlichen Begrenzungen fandest Du für die Gruppenkontakte angemessen?

30 Min ☐ 45 Min ☐ Länger als 45 Minuten ☐

6. Meinst Du, daß die Stunden ohne Spielmaterial besser geklappt hätten

ja ☐ nein ☐

7. Wie beurteilst Du die Funktion des Spielmaterials?

a) eine sinnvolle Ergänzung
b) es behinderte die Konzeptdurchführung
c) je nach Art des Materials fördernd oder störend

8. Welcher Stundeninhalt hat

a) Dir
b) den Kindern.....

den meisten Spaß gemacht?

9. Fandest Du es schwierig, die im Konzept niedergelegten Therapeutenvariablen zu verwirklichen?

ja, häufig ☐ ja, manchmal ☐ nein ☐

10. Wenn ja, waren lag das hauptsächlich?

- a) am Verhalten der Kinder ☐
- b) am fehlenden Training ☐
- c) an der Unkonkretheit des Konzeptes ☐
- d) an Deiner Unsicherheit den Kindern gegenüber ☐
- e) an etwas anderem ☐ :

11. Hast Du gerne die Therapiestunden durchgeführt?

ja, immer ☐ nicht immer, meistens ☐ nein, meistens nicht ☐

12. Wovon hing das ab?

- a) von meiner Stimmung ☐
- b) vom Verlauf der letzten Stunde ☐
- c) von der Art des Spielmaterials, das benutzt wurde ☐
- d) von etwas anderem ☐

13. Weigerten sich die Kinder in bestimmten Therapiesituationen mitzumachen?

häufig ☐ selten ☐ nie ☐

14. Hattest Du den Eindruck, daß das Therapiekonzept bei den Kindern indiziert war?

ja ☐ nur bei einigen ☐ nein ☐

15. Wie empfandest Du die im Konzept dargelegten Therapeutenanweisungen?

- a) als zu ausführlich, zu viele Einzelheiten ☐
- b) als nicht konkret genug, widersprüchlich ☐
- c) unentschieden ☐
- d) als hilfreich angemessen ☐

16. Waren die Supervisionssitzungen für Dich hilfreich in puncto: Verbesserung Deines Therapeutenverhaltens; Dich sicher-Fühlens in der Therapiesituation; Deine Zuversicht, den Kindern etwas Positives zu geben? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

sehr hilfreich ☐ einigermaßen ☐ kaum, gar nicht hilfreich ☐

17. Empfandest Du das Therapeutentraining vor Beginn der Therapie als ausreichend?

ja ☐ unentschieden ☐ nein ☐

18. Fühltest Du Dich als Therapeut von den Diplomanden alleingelassen, nicht genug betreut, nicht genug mit Rat und Tat versorgt?

ja ☐ unentschieden ☐ nein ☐

S t u n d e n i n h a l t e

1. Therapiestunde

1. Einführung in die Therapie

2. Malen zu zweit

ad 1) Einführung in die Therapie

a) Vorstellen

Der Therapeut stellt sich vor: mit Vor- und Nachnamen und - je nach Ermessen des Therapeuten - stellt er die Kinder vor die Wahl, ihn zu duzen oder zu siezen.

Er fragt dann die Kinder, ob sie sich gegenseitig kennen. Wenn nicht, sagen die Kinder sich gegenseitig ihre Namen, und zwar in Form eines Vorstellungsspiels:

Der Therapeut bittet das Kind neben ihm sich mit Vornamen vorzustellen, wobei es jedoch zunächst den Namen des Vorgängers noch einmal wiederholen und dann seinen eigenen Namen nennen soll ("Du heißt Renate, ich heiße Peter").

b) Darstellung der allgemeinen Ziele

"Wir werden uns ab jetzt bis Weihnachten einmal wöchentlich für eine Schulstunde treffen. Und eine halbe Stunde lang können wir hier zusammen spielen und uns unterhalten. Wir wollen versuchen, dies immer so zu machen, daß wir dabei auch Spaß haben.

Dabei wollen wir ausprobieren, wie ihr am besten zusammenspielen könnt, was ihr am besten bei Streits, Ärger u.ä. tut, um gut miteinander auszukommen."

c) Zum Tonband

"Auf dem Tonband nehme ich die Stunden auf, damit ich hinterher nochmal feststellen kann, was wir in der Stunde gut gemacht haben, um das mit anderen Kindern später auch einmal durchzuführen."

d) Grenzsetzung

"Ich möchte euch jetzt noch auf etwas Wichtiges hinweisen:

- ihr könnt an diesen Spielstunden nur teilnehmen, wenn ihr immer regelmäßig kommt, es sei denn, jemand wird krank.

- Weiterhin ist es notwendig, daß ihr pünktlich hier seit und daß wir auch pünktlich aufhören. Ich stelle hier jedes Mal einen Wecker hin, und fünf Minuten vor Ende der halben Stunde werde ich euch schon einmal Bescheid geben, daß wir bald Schluß machen müssen.
- Dann muß ich euch noch sagen, daß ihr in dieser halben Stunde, die wir zusammen sind, diesen Raum hier nicht verlassen könnt. Wenn ihr z.B. zur Toilette gehen müßt, macht es bitte vor dieser Stunde.
- Die Spielsachen, die ich in anderen Stunden mitbringen werde, dürfen nicht beschädigt werden. Ihr dürft davon auch nichts mit nach Hause nehmen, denn ich brauche sie noch für andere Kindergruppen.
- Ihr dürft in diesen Stunden vieles machen, was ihr wollt. Aber kein Kind darf ein anderes verletzen.

e) Antworten auf mögliche Fragen der Kinder

- Frage, warum das gemacht wird:

"Ihr sollt hier nicht das lernen, was ihr allgemein in der Schule lernt, wie Rechnen, Schreiben, Lesen. Sondern wir wollen miteinander sprechen über euren Ärger, was ihr ungerecht findet, was ihr besser oder anders machen möchtet. Auch wollen wir gemeinsam Spiele machen und ausprobieren."

- Frage, was gemacht wird:

"Wir haben Spiele, bei denen man etwas malen kann, basteln kann; Spiele, bei denen man nicht sprechen soll; Spiele, bei denen man ein bißchen Theater spielen kann."

- Frage, wer davon erfährt, was hier gemacht wird:

Versichern, daß es nicht dem Klassenlehrer oder dem Rektor berichtet wird, sondern nur der Therapeut mit seinen Kollegen bespricht.

- Frage, welche Leute die Therapeuten sind:

Student der Uni Münster, kein Lehrer, interessiert sich dafür, welche Probleme, Gedanken, Interessen und Gefühle Kinder haben und wie Kinder miteinander umgehen.

- Frage nach weiteren Tests:

kurz vor Weihnachten noch einmal

ad 2) Malen zu zweit

a) Spielanleitung: (vgl. HIELSCHER, 1974, S. 115) Je zwei Kinder fassen gemeinsam einen Bleistift an und malen z.B. ein Haus, Baum, Tier.

Die Kinder wechseln sich beim Halten des Bleistifts ab, d.h. einmal faßt ein Kind das untere Ende, das andere Mal das obere Ende des Bleistifts an.

Partnertausch!

b) Spielabwandlung:

Beim Malen dürfen die Kinder zunächst miteinander reden; beim zweiten Mal sollen sie versuchen, nicht miteinander zu sprechen.

c) Didaktische Ziele:

Körperkontakt

Kooperation in der Praxis: die Intention des anderen erkennen und in das eigene Handeln einbeziehen (Abstimmung der Bewegungsabläufe).

2. Therapiestunde

1. Weinen, Wüten, Lachen

2. Spiel mit geschlossenen Augen - Gegenstände ertasten

ad 1) Weinen, Wüten, Lachen

a) Anleitung:

Die Kinder haben vor sich Photos liegen, die Gesichter mit starkem gefühlsmäßigen Ausdruck zeigen. Die Kinder sprechen über das Bild und formulieren die Gefühle des photographierten Kindes.

b) Spielabwandlung:

Die Kinder versuchen, durch Gestik und Mimik selbst Gefühle auszudrücken, z.B.:

- Mutter sieht voller Schrecken, wie ihr Kind in einem Baum herumklettert und herunterzufallen droht
- ein Kind bekommt zu Weihnachten nicht das Geschenk, was es so gerne haben wollte
- ein Kind erfährt, daß seine Familie wider seines Erwartens doch an die See in Ferien fährt.

Die anderen Kinder müssen dann erraten, um welche Situation es sich handeln könnte, bzw. welche Gefühle ausgedrückt werden.

c) Didaktische Ziele:

Umgang mit eigenen und fremden Gefühlen,
Gefühle kann man den Menschen meistens ansehen, Steigerung der mimischen
Fähigkeit,
differenzierte optische Wahrnehmung des Gefühlsausdrucks.

ad 2) Spiel mit geschlossenen Augen - Gegenstände ertasten

a) Spielanleitung:

Ein Kind führt seinen Partner im Raum umher und läßt ihn bei geschlossenen
Augen verschiedene Gegenstände ertasten. Augen werden nicht verbunden, son-
dern es wird nur die Anweisung gegeben, sie geschlossen zu halten. Der
Spielleiter sollte auch nicht ermahnen, die Augen geschlossen zu halten.
Nach Beendigung fragt der Spielleiter die Beteiligten nach ihren Gefühlen.
Partnerwechsel und Partnertausch durchführen.

b) Spielabwandlung:

mögliche zu ertastende Gegenstände:

- Schüssel mit Wasser
- Bürste, Fußabtreter
- Sandpapier, Silberfolie
- Wasserkran, Lichtschalter
- Gesicht, Kleidung, Haare

c) Didaktische Ziele:

- Kinder sollen erleben, wie anders etwas wirkt, wenn die optische Wahr-
nehmung ausgeschaltet wird. Spielleiter sollte dies in der Anleitung
erläutern.
- Vertrauen in den anderen finden;
- sich in die Lage des anderen hineinversetzen;
- Kooperation: sich vom anderen führen lassen.

3. Therapiestunde

1. Kleidertausch (bzw. Dorfklatsch)

2. Sich-selber-loben

ad 1) Kleidertausch

a) Spielanleitung:

"Zwei Kinder tauschen jetzt ihre Mäntel bzw. Jacken aus."

- Durchführen lassen.

"Damit sollt ihr euch jetzt vorstellen, daß ihr die Person seid, deren Mantel ihr angezogen habt.

Nennt euren Namen und sagt etwas von euch, was ihr gut an euch findet, was aber auch wirklich stimmt."

"Ich spiele es einmal vor."

- Therapeut nimmt die Jacke eines anderen Kindes und zieht sie an.

"Ich heiße X und habe in den Spielstunden hier immer gut mitgemacht."

- Der Therapeut fordert anschließend das 2. Paar auf, die Jacke zu tauschen, etc.

Anschließend werden die Partner getauscht.

b) Didaktisches Ziel:

Ermutigung, Anerkennung geben;

Toleranz zeigen (sich bemühen, nur Positives im anderen zu sehen)

(Dorfklatsch)

(Falls der Therapeut merkt, daß es den Kindern schwer fällt, als einzelner Positives über den Partner zu sagen, kann er anstelle des Partnertauschs, also der 2. Runde, das Spiel 'Dorfklatsch' in modifizierter Form durchführen):

a) Spielanleitung:

"Stellt euch jetzt vor, ihr seid auf dem Schulhof und redet miteinander. Dabei wird ja auch häufig über andere gesprochen, die nicht dabei sind. Über einen von Euch wollen wir jetzt reden. D.h. einer geht vor die Tür, und wir anderen überlegen uns, was wir über denjenigen, der draußen steht, sagen können, was er gut macht oder was wir gut an ihm finden."

"Wenn wir ihn wieder hereingerufen haben, dann sagen wir reihum, was wir Gutes an ihm finden, und zwar sagen wir z.B.: 'Auf dem Schulhof habe ich gehört, daß der Peter gestern auf sein kleines Schwesterchen aufgepaßt hat!'"

- Je nach Zeit und Motivation der Kinder wird über jedes der vier Kinder Positives gesagt. Die positiven Aussagen sollen nicht zu hoch gestockt sein und möglichst im Verhaltensbereich angesiedelt sein (darauf bei Modellgeben achten!).

b) Didaktische Ziele:

Eigene Gefühle verbalisieren; Selbstfinden: wie bin ich in der Gruppe?
Wie sehen mich die anderen? Üben, den anderen ein Lob zu geben.

ad 2) Sich-selber-loben

a) Spielanleitung:

"Wir haben eben versucht, über andere etwas Gutes zu sagen. Jetzt wollen wir einmal reihum sagen, was wir gut an uns selber finden.

Ich fange einmal damit an: "Ich finde es gut, daß ich heute morgen meine Schuhe geputzt habe." (oder eine gleichwertige, wahre Aussage des Therapeuten).

b) Spielabwandlung:

Was hätte ich gern anders gemacht?

c) Didaktische Ziele:

Selbstdarstellung - sich selber auch einmal positiv sehen und dies den anderen mitteilen.

4. Therapiestunde

Helferspiel

a) Spielanleitung:

Therapeut teilt an jedes der Kinder vier Helferkärtchen und fünf rote Bewertungsplättchen aus. Die Notsituationskarten behält er in der Hand.

Therapeut: "Wie Ihr seht, habe ich Euch heute ein Spiel mit Bildern mitgebracht. Auf diesen großen Karten, die ich in der Hand halte, sind bestimmte Situationen abgebildet. Versucht bitte, diese zu beschreiben."

Er fordert den ersten Mitspieler auf, eine Notsituationskarte zu ziehen und zu berichten, was darauf zu sehen ist (bzw. so zu tun, als ob er das betroffene Kind sei und zu erzählen, in welcher Notlage er sich befindet, was er fühlt, was er denkt.)

Therapeut: "XY (Name des Mitspielers) ist also in Not. (U.U. verbalisiert er die Situation noch einmal). Wir können nun versuchen, ihm zu helfen. Auf diesen kleinen Kärtchen vor Euch, die wir Helferkärtchen nennen, seht Ihr Gegenstände abgebildet. Überlegt bitte, ob Ihr XY mit Euren Gegenständen in irgendeiner Weise helfen könnt. Gebt ihm dann Euer Helferkärtchen und erklärt ihm, warum das in seiner Situation helfen könnte."

Die Kinder verteilen ihre Helferkärtchen (jeder kann alle drei verteilen) evtl. macht der Therapeut es vor, indem er anfängt.

Therapeut wendet sich an XY: "Du kannst jetzt diese Hilfen bewerten. Die drei, die Du am besten in Deiner Situation gebrauchen kannst, bekommen je ein rotes Plättchen. Dieses Plättchen erhält dann der Mitspieler, der diese Hilfe gegeben hat. Es geht also darum, möglichst viele gute Hilfen zu geben, um möglichst viele rote Plättchen zu bekommen."

Die Notsituation ist gelöst, wenn der erste Spieler seine drei Bewertungsplättchen vergeben konnte. Bevor der nächste Spieler seine Notsituationskarte aufdeckt, nimmt sich jeder Mitspieler drei neue Helferkarten.

Evtl. Abschlußgespräch: Ist das Spiel beendet, vergleichen die Kinder die einzelnen Notsituationen miteinander. Wem ist besonders gut, wem weniger geholfen worden? Konnten für eine Situation nur wenige Hilfen gefunden werden, werden alle zur Verfügung stehenden Helferkarten offen ausgebreitet und das betroffene Kind darf sich die Karten heraussuchen, die ihm wirklich geholfen hätten.

(Weiterhin zu beachten; Betonen, daß möglichst sinnvolle "reale" Hilfen gegeben werden sollen, aber auch "unreale", originelle Hilfen aufgreifen, d.h. solche, die es in Wirklichkeit nicht geben kan.

Übrigens, der Therapeut selbst spielt auch mit.)

b) Spielabwandlung:

Je nach Vereinbarung kann es "reale" oder "lustige" Hilfen geben, d.h. die es in Wirklichkeit nicht geben kann (z.B. Hund das Maul zukleben).

c) Didaktische Ziele:

- Solidarität und Hilfsbereitschaft, alle bemühen sich um einen; einer setzt sich für alle ein.
- Hilfe geben und annehmen,
- Kinder erleben, durch ruhiges Nachdenken kann ich meine Notsituation abwenden oder bessern. Durch Angstreduzierung können Menschen, Gegenstände usw. sinnvoll zur Bewältigung eingesetzt werden,

- Kommunikationsaustausch von Gedanken und Gefühlen und Ideen.

5. Therapiestunde

1. Puzzle

2. Situationsbild "Kein Platz im Bus" (siehe Abbildung)

ad 1) Puzzle

a) Spielanleitung

- Alle Kinder und der Therapeut sitzen um einen Tisch.
- Der Therapeut schüttet alle Einzelteile des Puzzles zu einem Haufen mitten auf den Tisch.
- Er fordert nun die Kinder auf, gemeinsam alle einzelnen Teile so zusammenzufügen, daß daraus ein Bild entsteht (dazu wird den Kindern die Bildvorlage gezeigt).
- Der Therapeut spielt selbst nicht mit, sondern beobachtet das Verhalten der Kinder.
- Der Therapeut verstärkt kooperierende Kinder, wenn z.B. zwei Untergruppen Bildteile zusammenstellen, oder ein Kind für ein anderes Hilfsdienste tut.

b) Spielabwandlung:

Mit bzw. ohne Bildvorlage das Puzzle zusammenlegen.

- Alle vier Kinder sollen ein Puzzle zusammenlegen, Vermeidung der Wettbewerbssituation.

d) Didaktische Ziele:

Kooperation: um Hilfe bitten,

Anerkennung zeigen,

Zusammenarbeit (ist nützlich und) kann Spaß machen.

ad 2) Situationsbild "Kein Platz im Bus"

Material: Ein Situationsbild

a) Spielanleitung:

- Die Kinder und der Therapeut setzen sich zu einem Kreis zusammen.
- Der Therapeut zeigt das Situationsbild so, daß es für alle Kinder gut sichtbar ist und liest (hauptsächlich bei jüngeren Kindern) die Sprechblasen vor.

- Der Therapeut stimuliert die Kinder zu erzählen, was sie auf der Abbildung sehen und auch über u.U. diesbezügliche eigene Erfahrungen zu berichten.
- Der Therapeut regt die Kinder zur Diskussion von Lösungsmöglichkeiten an.
- Der Therapeut leitet die Kinder zum Rollenspiel ihrer eigenen Lösungsmöglichkeiten an.
- Der Therapeut weist die Kinder auf weitere Lösungsmöglichkeiten hin, z.B. daß die Kinder nach einer anstrengenden Sportstunde sitzen bleiben dürfen, oder auf Kompromißvorschläge, wie z.B. zusammenzurücken.

b) Spielabwandlung:

Die Kinder können im freien oder vorher festgelegten Rollenspiel ähnliche Konfliktsituationen und ihre möglichen Lösungswege darstellen.

c) Didaktische Ziele:

- Konfliktsituationen erkennen, wie entstehen sie, welche Konsequenzen haben sie
- Selbstbehauptung, auf seinem Recht bestehen.

6. Therapiestunde

Memory

a) Spielanleitung:

"Das Spiel, das wir heute spielen wollen, heißt 'memory', das bedeutet Gedächtnis."

- (eventuell Erläuterung: Ein gutes Gedächtnis hat jemand, der sich alles merken kann, der kaum mal was vergißt).

Therapeut gibt jedem Kind ein paar Bildkarten und läßt diese mit den Rückseiten noch oben in einem 5 x 8-Rechteck auslegen. Um das Spiel nicht unnötig zu erschweren, sollten die Karten in möglichst geraden Reihen liegen.

"Immer zwei von Euch bilden eine Mannschaft und spielen zusammen."

- Zwei teams werden gebildet.

"Die Mannschaft, die anfängt, darf jetzt zwei Karten aufnehmen. Jedes Bild ist doppelt vorhanden, wir haben also 20 Bildpaare vor uns liegen. Falls Ihr gleich die zwei Bilder eines Paares abhebt, könnt Ihr sie behalten und noch einmal zwei Karten aufnehmen. Solltet Ihr zwei verschiedene Karten aufnehmen, so müßt Ihr sie gleich zurücklegen und die andere Mannschaft ist dran. Wichtig ist, daß Ihr versucht, Euch bei möglichst vielen Bildern

zu merken, wo diese liegen, damit Ihr viele Paare bekommt."

- Therapeut sollte darauf achten, daß nicht immer nur ein Kind einer Mannschaft die Karten aufnimmt. Möglichkeit: jeweils ein Kind nimmt in jeder Runde eine Karte auf. Oder die Kinder sollen sich absprechen und einigen über die aufzunehmenden Karten.

b) Didaktische Ziele:

Üben der verbalen Kooperation,
gemeinsames Handeln, Planen.

7. Therapiestunde

Kooperationsspiel mit Papier, Schere, Klebe etc.

Der Therapeut bringt mit: 2 Scheren, 2 Klebestoffe, Büroklammern, Papier

a) Spielanleitung:

"Ich habe mir gedacht, daß wir heute einmal etwas basteln wollen, und zwar wäre es doch einmal etwas anderes, wenn nicht jeder allein, sondern wir alle etwas zusammen machen.

Überlegt euch, was ihr aus den mitgebrachten Materialien machen könnt, vielleicht besprecht ihr auch, wie ihr die Aufgaben verteilen könntet."

b) Spielabwandlung:

Je ein Kind baut Kopf, Rumpf, Arme und Beine für einen Roboter. Dann basteln alle Kinder gemeinsam die Teile zusammen.

c) Didaktische Ziele:

- Kooperation in Praxis:

gegenseitig anhören

miteinander beraten

Alternativen entwickeln

um Hilfe bitten

jemanden loben.

8. Therapiestunde

1. Seltsame Wettläufe

2. Bildgeschichte: Kein Platz zum Spielen

ad 1) Seltsame Wettläufe

a) Spielanleitung:

An eine Wand des Raumes stellen sich zwei Kinder mit den Gesichtern zueinander gewandt auf. Sie müssen nun mit den Händen die Fußknöchel des Partners umfassen. Das so entstandene Ungeheuer soll den Raum möglichst schnell durchqueren. Die Partner dürfen sich dabei nicht loslassen, sonst müssen sie wieder an ihre Ausgangsstelle an der Wand zurück und es von neuem versuchen. Soweit es der Raum zulässt, können zwei Paare um die Wette laufen.

Nach jedem Lauf sollten die Kinder verbalisieren:

- Gefühle
 - Konflikte mit Partner bezüglich des Bewegungsablaufs
- Partnerwechsel durchführen!

b) Didaktische Ziele:

Gewöhnung an Körperkontakt
Bewegungskoordination

ad 2) Bildgeschichte: Kein Platz zum Spielen

a) Spielanleitung:

Rollenspiel durchführen lassen:

Eine Lösung aus Punkt 4 wird zu einem Rollenspiel gemacht (z.B. 2 Kinder, 1 Vater).

Auf Schwerpunkte beim Rollenspiel achten, d.h. sie zu Beginn angeben:

- laut sprechen
- freundlich sein
- Blickkontakt
- inhaltlich gute Argumente

Zusätzlich: Weitere Rollenspiele durchführen lassen mit dem Thema:

Jemanden um Hilfe bitten, z.B. Lehrer bitten, etwas zu wiederholen, weil nicht verstanden; Mutter um Geld für etwas bitten; Vater bitten, in den Zoo (zum Fußballspiel) zu gehen.

b) Didaktische Ziele:

mit anderen Kontakt aufnehmen können;

Umfangsformen innerhalb und außerhalb der Familie beachten;

Bedürfnisse artikulieren.

9. Therapiestunde

Problemgeschichte "Auf der Rutschbahn" (SHAFTEL und SHAFTEL, 1973, S. 180)

bzw. "Mannis Sandalen" (LEHNEN, 1972, S. 72)

a) Anleitung:

- Die Geschichte vorlesen, aber möglichst Ende offenlassen, damit die Kinder weiterdiskutieren können;
- berichten lassen, ob die Kinder schon mit ähnlichen Problemen konfrontiert wurden;
- verschiedene Alternativen diskutieren und Rollenspiele daraus entwickeln.

b) Didaktische Ziele:

- sich in verschiedene Rollen hineinversetzen
- die Gefühle anderer erkennen und akzeptieren
- Interesse und Bedürfnisse anderer erkennen und in das eigene Handeln einbeziehen
- Kompromisse finden und formulieren.

10. Therapiestunde

1. Spiel nach Wahl

2. Abschlußgespräch

Zu 2.

Folgende Punkte sollten angesprochen werden:

- Was hat den Kindern am besten/überhaupt nicht an der Stunde allgemein gefallen?
- Welche Spiele gefielen ihnen am besten/überhaupt nicht? Warum?

Bei der Diskussion der Frage, welche Verhaltensbereiche der lernbehinderten Sonderschüler wir primär verändern wollen bzw. was die Kinder an neuen Kenntnissen und Fähigkeiten lernen sollen, haben wir uns auf die folgenden drei Zielbereiche geeinigt:

Zielbereich 1: Selbstexploration, Selbstdarstellung

Die Kinder sollen lernen,

- über ihr eigenes Verhalten zu berichten;
- über ihre spezifisch persönlichen Erlebnisse (Gefühle, Ängste, Werte, Bedürfnisse, Wünsche, Meinungen) zu sprechen;
- sich selbst im Spiel (Rollen-, Minenspiel, Pantomime) und anderen Interaktionen darzustellen, z.B. spontan am Gespräch beteiligen;
- berechnigte eigene Ansprüche und Rechte auch Erwachsenen und Autoritäten gegenüber vertreten können;
- sich selbst in der Gruppe positiv darstellen können (z.B. ich habe heute schon die Sache x gemacht, um damit y zu helfen etc).

Zielbereich 2: Kooperationsfähigkeit

Die Kinder sollen

- die eigene Gruppe beobachten können;
- wichtige Regeln des Zusammenlebens kennen und beachten;
- mit anderen Kontakt aufnehmen können;
- mit anderen zusammenarbeiten können und wollen;
- soziale Kreativität entwickeln (Denk- und Handlungsalternativen erstellen lernen)
- erkennen lernen, daß ihr Verhalten das Verhalten der anderen mitbestimmt und daß ihr eigenes Verhalten vom Verhalten der anderen mitbestimmt wird;
- Kompromisse finden und formulieren;
- Zusammenarbeit als nützlich erkennen lernen;
- Freude an der gemeinsamen Beschäftigung erleben;
- eigene Wirkung auf Gruppe einschätzen lernen.

Zielbereich 3: Problemlöseverhalten in Konfliktsituationen

STANGE/STANGE (74, S.58-61) haben die häufig von Kindern angewendeten Konfliktlösetechniken in vier Gruppen eingeteilt:

- Typ A: Resignation, Zurückziehen, Weglaufen, Flüchten, Ausweichen, zu oft andere um Hilfe rufen, alleine spielen.
- Typ B: Unkontrollierte Aggressionen gegen Personen und Sachen, negative Affekte (Unfreundlichkeit, Haß, Abneigung) zeigen, Demütigungen, Bloßstellen, Unterdrücken, Auslachen, Reizen, Rechthaberei, Drohen, Impulsivität und Unkontrolliertheit.
- Typ C: Wegnehmen von Spielzeug gerade bei Schwächeren, Übervorteilen von Schwächeren im Spiel, falsche Anschuldigungen, Verpetzen, Verraten, Regelverletzung bei Spielen und ähnliche Formen von "instrumenteller Aggression".
- Typ D: Metakommunikation, Freundlichkeit zeigen, trösten, Spielzeug teilen, Vorschläge machen, positive Affekte zeigen, Entschuldigungen aussprechen; nicht impulsiv reagieren, sondern eine Pause einlegen, überlegen, beraten; Fehler zugeben, bei starken Frustrationen harmlose Form der Aggression wählen (fluchen, auf den Boden stampfen).

Einzig die Konfliktlösetechniken vom Typ D bezeichnen die Autoren (und wir mit ihnen) als "positiv", weil sie geeignet scheinen, die Achtung des Konfliktpartners zu gewährleisten und eine Eskalation von Konflikten zu vermeiden.

- Auf der Grundlage dieser Klassifikation sollen die Kinder lernen,
- zwischen wünschenswerten und nicht wünschenswerten Konfliktlösetechniken zu unterscheiden;
 - wünschenswerte (und das Fortbestehen der Gruppe bzw die Kooperation erhaltende) Konfliktlösetechniken anwenden zu wollen und zu können.

THERAPIEKONZEPT I

Gt-Variablen

1. Wachheit und Momentzentriertheit

Erläuterung: Dieses Merkmal läßt sich weniger durch spezifische Verhaltensweisen beschreiben, vielmehr stellt es ein übergreifendes Konzept für alle anderen folgenden Merkmale dar. Es gewinnt u.a. besondere Bedeutung dadurch, daß es sich bei unserer Therapieform um eine Gruppentherapie handelt, bei der leicht die Gefahr besteht, daß der Therapeut seine Aufmerksamkeit ungleichmäßig verteilt.

Operationale Definition:

- Der Therapeut versucht das verbale und nonverbale Verhalten aller Kinder in der Gruppe gleichmäßig zu beobachten;
- Der Therapeut bemüht sich, die gegenwärtig in der Gruppe auftretenden Gefühle der Kinder zu erkennen und sofort darauf einzugehen.
- Der Therapeut weiß, wann er welches Verhalten (im Sinne der Zielbestimmungen) verstärkt, z.B. durch Zuwendung.
- Der Therapeut zeigt sich immer kommunikationsbereit, aber allen Gruppenmitgliedern im gleichen Ausmaß.
- Der Therapeut verhält sich sicher und ausgeglichen.
- Der Therapeut spricht ruhig, kindgemäß, (u.a. ohne Fremdwörter) ausdrucksvoll und sicher.
- Der Therapeut vergewissert sich fortlaufend, daß kein Kind benachteiligt wird hinsichtlich seiner Zuwendung / Aufmerksamkeit.
- Der Therapeut bemüht sich, alle Kinder mit in den Gruppenprozeß einzubeziehen.
- Der Therapeut läßt der Gruppe so viel wie möglich an Aktivitäts- und Handlungsspielraum.

2. Akzeptierung und Freundlichkeit:

Erläuterung: Der Therapeut bemüht sich in seinem physischen und psychischen Verhalten die Persönlichkeit der Kinder voll zu akzeptieren. Er sieht jedes Kind als gleichberechtigten Partner an, der das Recht hat, zu schweigen, einen Vorschlag nicht anzunehmen oder nicht mitspielen zu wollen. Er zeigt im allgemeinen Freundlichkeit und Wärme, d.h. er wendet keine aversiven Bestrafungstechniken an.

operationale Definition:

- Der Therapeut beachtet Höflichkeitsregeln (wie Termine einhalten, wenn verspätet sich entschuldigen etc.)
- Der Therapeut gibt den Kindern gegenüber keine Werturteile ab.
- Der Therapeut lobt und ermutigt die Kinder.
- Der Therapeut verschleiert keine Sachverhalte (z.B. Sinn der Spiele, Tonband, Tests)
- Der Therapeut gesteht sich selbst auch Fehler ein und verstärkt diesbezügliche Hinweise (Äußerungen) von den Kindern.

3. Grenzsetzung:

Der Therapeut einigt sich in sprachlich angemessener (kindgemäßer) Form über die Grenzen mit den Kindern. Dabei bespricht und begründet der Therapeut folgende Grenzsetzungen:

- Raum darf nicht verlassen werden (z.B. vorher zur Toilette gehen)
- Zeit muß eingehalten werden (Schluß z.B. 5 Min. im voraus ankündigen)
- Personen dürfen nicht verletzt werden
- Sachen (Tonband, Spielmaterial) dürfen nicht beschädigt werden.

Der Therapeut macht die Kinder systematisch auf Grenzsetzungen aufmerksam.

Aggresssionen, die in gegenseitiges Schlagen der Kinder einmünden können, sollten rechtzeitig neutralisiert werden, gegebenenfalls dadurch, daß der Therapeut die Beteiligten auseinanderbringt und die Spannung durch gezielte VEE entläßt.

4. VEE

Der Therapeut erfaßt möglichst vollständig die von den Kindern geäußerten Gefühls- und Erlebnisinhalte und verbalisiert sie in einer für die Kinder verständlichen Form:

- Er spricht die Gefühle direkt an
- in kurzen Sätzen
- in konkreten Verhaltensbeschreibungen (Verben), unter Vermeidung von Substantiven
- wenig Fremdwörter

Auch bei externen Äußerungen der Kinder reflektiert er die für das Kind möglicherweise damit verbundenen Gefühle und Erlebnisinhalte und persönlichen Erfahrungen.

Der Therapeut greift nicht alle und jedes Gefühl der Kinder auf, sondern stimuliert und verstärkt vorwiegend das Ausdrücken der Gefühle der Kinder untereinander.

5. Ruhe und Zuversicht

Definition: Der Therapeut zeigt Ruhe und Entspannung auch in kritischen Situationen, wenn er z.B. angegriffen wird. Er agiert nicht als direktes Gruppenmitglied, d.h. mögliche Aggressionen und Frustrationen durch ein oder die Kinder können ihn nicht in seiner Persönlichkeit verletzen. Der Therapeut ist sich bewußt, daß er für die Kinder ein Modell für eine offene, emotional-breite Persönlichkeit darstellt, die Vertrauen zu sich selbst hat und Problemen und Schwierigkeiten mit Ruhe und dem Gefühl des Lösenkönnens begegnen kann.

Operationalisierung:

Eine große Bedeutung bei diesem Therapeuten-Merkmal kommt den nonverbalen Verhaltenselementen zu.

- (nach MEHRABIAN) wirkt der Therapeut entspannt, wenn er "in seinem Stuhl vorwärts gelehnt sitzt, lächelt, seine Hände ruhig hält und mit den Kindern häufig Augenkontakt hat." Weitere Faktoren für entspannte Haltung sind:
 - offene Armhaltung
 - asymmetrische Bein- und Armhaltung,
 - lockere Gestikulation mit Händen und Armen,
- die Sprache ist gut moduliert und ruhig. Sie ist klar und ausdrucksvoll.
- wesentlich sind Pausen.

THERAPIEKONZEPT II

Das Therapiekonzept II ist eine Kombination aus gesprächstherapeutischen- und verhaltenstherapeutischen Variablen. Diese Variablen, sind entsprechend den Therapiezielbereichen (Selbstexploration, Selbstdarstellung, wünschenswertes Problemlöseverhalten und Kooperation), in Form konkreter Therapeutenverhaltensweisen, operationalisiert worden.

1. Kombination von GT- und VT-Variablen

Die GT und VT Variablen soll der Therapeut nach folgenden Punkten kombinieren.

1.1. Die GT-Variablen (VEE, Akzeptieren und Freundlichkeit) werden durchgängig realisiert.

1.2. Zusätzlich werden die VT-Techniken (differentielle Verstärkung, Stimulation, Löschung durch Nichtbeachtung) bewußt auf die allgemeinen Zielbereiche und speziellen Stundenziele abgestimmt, d.h.

1.3. Wenn sich Situationen ergeben, in denen sich eine Förderung der Kinder, bzw. der Gruppe, auf die Zielbereiche hin, durch die VT-Techniken anbietet, haben diese Vorrang vor den GT-Variablen. Die Letzteren treten dann für den Moment zurück.

1.4. VT- und GT-Variablen sollten etwa im gleichen quantitativen Ausmaß realisiert werden (gemessen an der Gesamtzahl der Stunden).

2. GT-Variablen

2.1. Wachheit und Momentzentriertheit

Erläuterung: Dieses Merkmal läßt sich weniger durch spezifische Verhaltensweisen beschreiben, vielmehr stellt es ein übergreifendes Konzept für alle anderen folgenden Merkmale dar. Es gewinnt u.a. besondere Bedeutung dadurch, daß es sich bei unserer Therapieform um eine Gruppentherapie handelt, bei der leicht die Gefahr besteht, daß der Therapeut seine Aufmerksamkeit ungleichmäßig auf die Gruppenmitglieder richtet.

Operationalisierung

- Der Therapeut versucht das verbale und nonverbale Verhalten aller Kinder der Gruppe gleichmäßig zu beobachten.
- Der Therapeut bemüht sich, die gegenwärtig in der Gruppe auftretenden Gefühle der Kinder zu erkennen und sofort darauf einzugehen.
- Der Therapeut weiß, wann er welches Verhalten (im Sinne der Zielbereiche) verstärkt, z.B. durch Zuwendung.
- Der Therapeut zeigt sich gegenüber allen Gruppenmitgliedern im gleichen Ausmaß kommunikationsbereit.

- Der Therapeut verhält sich sicher und ausgeglichen.
- Der Therapeut spricht ruhig, kindgemäß, (u.a. ohne Fremdwörter) ausdrucksvoll und sicher.
- Der Therapeut vergewissert sich fortlaufend, daß kein Kind benachteiligt wird hinsichtlich seiner Zuwendung/Aufmerksamkeit.
- Der Therapeut bemüht sich, alle Kinder mit in den Gruppenprozeß einzubeziehen.
- Der Therapeut läßt der Gruppe so viel wie möglich an Aktivitäts- und Handlungsspielraum.

2.2. Akzeptierung und Freundlichkeit

Erläuterung: Der Therapeut bemüht sich in seinem physischen und psychischen Verhalten die Persönlichkeit der Kinder voll zu akzeptieren. Er sieht jedes Kind als gleichberechtigten Partner an, der das Recht hat, zu schweigen, einen Vorschlag nicht anzunehmen oder nicht mitspielen zu wollen. Er zeigt im allgemeinen Freundlichkeit und Wärme, d.h. er wendet keine aversiven Bestrafungstechniken an.

Operationalisierung

- Der Therapeut beachtet Höflichkeitsregeln (wie Termine einhalten, sich für Verspätungen entschuldigen, etc.).
- Der Therapeut gibt den Kindern gegenüber keine Werturteile ab.
- Der Therapeut lobt und ermutigt die Kinder.
- Der Therapeut verschleiert keine Sachverhalte (z.B. Sinn der Spiele, Tonband, Tests, etc.).
- Der Therapeut gesteht seine in Gegenwart der Kinder gemachten Fehler ein und verstärkt diesbezügliche Hinweise (Äußerungen) von den Kindern.

2.3. Ruhe und Zuversicht

Erläuterung: Der Therapeut zeigt Ruhe und Entspannung auch in kritischen Situationen, wenn er z.B. angegriffen wird. Er agiert nicht als direktes Gruppenmitglied, d.h. mögliche Aggressionen und Frustrationen durch ein, oder die Kinder, können ihn nicht in seiner Persönlichkeit verletzen. Der Therapeut ist sich bewußt, daß er für die Kinder ein Modell für eine offene, emotional-breite Persönlichkeit darstellt, die Vertrauen zu sich selbst hat und Problemen und Schwierigkeiten mit Ruhe und dem Gefühl des Lösenkönnens (Optimismus) begegnen kann. Dies impliziert keineswegs den therapeutischen Supermann.

Operationalisierung

Eine große Bedeutung bei dieser Therapeutenvariable kommt den nonverbalen Verhaltenselementen zu.

- Nach MEHRABIAN (1969, S.306) wirkt der Therapeut entspannt, wenn er; "...in seinem Stuhl vorwärts gelehnt sitzt, lächelt, seine Hände ruhig hält und mit den Kindern häufig Augenkontakt hat". Weitere Faktoren für Entspannung: Offene Armhaltung, Asymmetrische Bein- und Armhaltung, lockere Gestikulation mit Händen und Armen.
- Die Sprache ist gut moduliert und ruhig. Sie hat Höhen und Tiefen. Sie ist klar und Ausdrucksvoll.
- Der Therapeut macht Sprechpausen.
- Der Therapeut zeigt Humor, er macht sich allerdings nicht über ein Kind oder die Gruppe lustig.

2.4. V E E

Der Therapeut erfaßt möglichst vollständig die von den Kindern geäußerten Gefühls- und Erlebnisinhalte und verbalisiert sie in einer für die Kinder verständlichen Form:

- Er spricht die Gefühle direkt an.
- Der Therapeut spricht in kurzen Sätzen.
- Der Therapeut spricht konkretes Verhalten der Kinder an und beschreibt es in Verben, unter Vermeidung von Substantiven.

Auch bei externen Äußerungen der Kinder reflektiert der Therapeut die für das Kind möglicherweise damit verbundenen Gefühle und Erlebnisinhalte und persönlichen Erfahrungen.

Der Therapeut greift nicht alle und jedes Gefühl der Kinder auf, sondern stimuliert und verstärkt vorwiegend das Ausdrücken der Gefühle der Kinder untereinander.

2.5. Grenzsetzung

Der Therapeut einigt sich in sprachlich angemessener (kindgemäßer) Form über die Grenzen mit den Kindern. Dabei bespricht und begründet der Therapeut folgende Grenzsetzungen:

- Der Therapieraum darf während der Therapie nicht verlassen werden (z.B. vorher zur Toilette gehen).
- Die Zeiten müssen eingehalten werden, z.B. den Schluß der Therapiestunde 5 Min. im voraus ankündigen.
- Die Kinder dürfen sich, andere Kinder und den Therapeuten gesundheitlich nicht gefährden.
- Sachen (Tonbänder, Spielmaterial, Einrichtungsgegenstände, etc.) dürfen weder beschädigt noch mitgenommen werden.

Der Therapeut macht die Kinder systematisch auf Grenzsetzungen aufmerksam.

Aggressionen, die in gegenseitiges Schlagen der Kinder ausarten können, sollten rechtzeitig neutralisiert werden, gegebenenfalls dadurch, daß der Therapeut die Beteiligten auseinanderbringt und die Spannung und Erregung durch gezielte VEE entläßt.

3. VT-Techniken

3.1. Stimulation

Erläuterung: Dieses Merkmal beinhaltet alle gezielten Versuche des Therapeuten, bestimmtes, im Sinne der Zielbereiche definiertes Verhalten, zu stimulieren, bzw. bestimmte Prozesse in der Gruppe anzuregen.

Der Therapeut stellt Fragen, macht Vorschläge, gibt Anregungen, z.B. auch durch Materialien.

Alle diese Versuche haben keinen zwingenden Charakter, es ist den Kindern freigestellt, auf sie einzugehen.

Der Therapeut kann, wenn nötig, das zu stimulierende Verhalten vormachen.

Der Therapeut fordert Kinder auf, etwas zu wiederholen und zu argumentieren.

Der Therapeut weist darauf hin und unterstützt die Kinder darin, andere Kinder zu bitten ihnen zuzuhören.

Der Therapeut rediziert komplexe Situationen auf einfache.

Der Therapeut regt die Kinder zur Beobachtung von nonverbalen Signalen bei den Gruppenmitgliedern an.

Der Therapeut regt die Kinder permanent dazu an, daß in der Therapie gelernte auf alle Lebensbereiche zu übertragen.

Operationalisierung der Stimulation von Konfliktlösungsverhalten

- Der Therapeut stellt Konflikte dar, gemäß seiner Beobachtung.
- Der Therapeut regt die Beteiligten an, ihre Sichtweise und ihre Gefühle auszusprechen.
- Der Therapeut fragt die Nichtbeteiligten nach ihren Beobachtungen.
- Im Falle der Minus-Lösung fragt der Therapeut nach Alternativen.
- Der Therapeut stellt modellhaft eigene Alternativen dar.
- Der Therapeut macht gegebenenfalls "empty seat".
- Der Therapeut läßt neue Konflikttechniken spielerisch ausprobieren *.
- Der Therapeut vergißt während des Ganzen die VEE nicht ganz!

Diese Operationalisierungen werden als Stimulationspaket bezeichnet.

*Wichtig ist hierbei, daß die Kinder konkret beim spielerischen Ausprobieren von Konfliktlösungsalternativen erleben, wie ihr verändertes Verhalten unmittelbar auf den Partner wirkt und ihn anders reagieren läßt.

3.2. Differentielle Verstärkung

Erläuterung: Mit dieser Variablen ist die Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen (siehe Zielbereiche) gemeint.

Verstärkerart: Es gehört zum Wesen der Verstärkung, daß ein (möglichst augenblickliches) Bedürfnis befriedigt wird. Wir gehen davon aus, daß Sonderschüler einrecht großes Bedürfnis nach sozialem Kontakt, Erfolg, etc., haben und bebutzen deshalb nur sog. "Sekundäre" Verstärker (verbal, z.B. in Form von Lob, Zuwendung und Freundlichkeit), deren Wirkung sich auf sozialer Basis vollzieht.

Operationalisierung hinsichtlich der Zielbereiche

Konfliktverhalten

Verstärkt werden hierbei Verhaltensweisen, die zum positiven* Konfliktverhalten gehören.

Zu Anfang der Therapie werden dementsprechend

- auch schon die Suche nach anderen Konfliktlösetechniken und -Möglichkeiten, oder der Wunsch, den Konflikt auf andere Art zu lösen verstärkt.

Zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf der Therapie werden dann vorwiegend nur noch

- direkt positive Lösungstechniken verstärkt.

Selbstexploration, Selbstdarstellung

Verstärkt werden alle Versuche einzelner Kinder, sich selbst darzustellen, über seine Gefühle, Wünsche und sein Verhalten zu sprechen, sofern die anderen in ihren Bedürfnissen dadurch nicht erheblich eingeschränkt werden. D.h., sofern das betreffende Kind andere in angemessener Weise zu Wort kommen läßt und nicht dauernd versucht auf diese Weise die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf sich zu lenken, o.ä..

Kooperation

Verstärkt werden hier alle von uns näher definierten Zielverhaltensweisen, angefangen von: auf andere Rücksicht nehmen, bis zu: erbitten von Hilfe.

Operationalisierung der Verstärkerarten

Direkte Verstärker

- verbale: lobende Äußerungen des Therapeuten, wie: "Das war eine gute Idee", "ich glaube, du hast uns weitergebracht", "findet ihr nicht auch, daß xy das gut gemacht hat", etc...
- nonverbale: Zulächeln, Zunicken, evtl. auf die Schulter klopfen.

Indirekte Verstärker

- Aufforderung zur Wiederholung des Vorschlages oder der Verhaltensweisen
- Bitte an die anderen Kinder, doch mal genau zuzuhören (-schauen), was xy gerade tut oder sagt.
- evtl. den betreffenden Tonbandausschnitt wiederholen

3.3. Löschung durch Nichtbeachtung

Erläuterung: Ein Verhalten, das früher häufig verstärkt wurde, wird durch den Entzug des positiven Verstärkers (Aufmerksamkeit/Zuwendung) gelöscht.

Die im Folgenden angeführte Löschungsmethode ist nur eine Methode zur Reduzierung von Fehl-(Stör-)verhalten von mehreren und hat dementsprechend keinen herausragenden Stellenwert. Wir erhoffen uns z.B. ebenfalls eine Reduzierung unerwünschten Verhaltens, durch die Verstärkung eines mit der unerwünschten Reaktion unverträglichen (inkompatiblen) Verhaltens, oder durch die Stimulationstechniken.

Anwendungsbereiche:

- aggressives Verhalten, wenn es darauf zielt Aufmerksamkeit zu erreichen, ohne jemanden direkt zu beeinträchtigen.
- Andersartiges Stören bzw., grobes Erschweren des Gruppengeschehens (z.B. das Kitzeln anderer, monotones Vor-sich-hin-singen, johlend durch den Raum laufen).
- Alle anderen Versuche in überhöhtem Maße auf sich aufmerksam zu machen. (z.B. auch dauerndes Schmusewollen mit dem Th..)
- Stereotype Ausrufe, z.B. dumme Schnacks, Gags bringen, sexuell-anale Äußerungen, außer, wenn das dabei Angesprochene für das betreffende Kind ein wirkliches Problem ist. Gleichsinnig bei verbal-erotischen Äußerungen.
- Störungen des Gruppenthemas, bzw. -aktivitäten im Sinne der Zielbereiche.

Operationalisierung

Die Operationalisierung ist sehr schwierig, da es sich gezeigt hat, daß die Löschungsmethode durch Nichtbeachtung am erfolgreichsten ist, wenn sie konsequent betrieben wird.

- Da nach unseren Erfahrungen das Ausmaß an störendem Verhalten recht hoch sein wird, ist es vielleicht besonders zu Beginn der Therapie sinnvoll (wenn einige Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele unserer Therapie noch vollständig fehlen), diese Löschungsmethode verstärkt einzusetzen.
- Der Therapeut muß darauf achten, daß ein besonders störendes Kind durch die Nichtbeachtung nicht zu sehr benachteiligt wird. Bei solchen Kindern sollten zum Ausgleich die kleinsten positiven Reaktionen bekräftigt werden, d.h., das Ausmaß zwischen Bekräftigung und Nichtbeachtung soll zumindest ausgewogen sein.
- Der Therapeut soll versuchen, die Reaktion der anderen Kinder auf das störende Verhalten zu ändern, indem er z.B. deren Aufmerksamkeit auf positives Verhalten, im Sinne der Zielbereiche lenkt.

THERAPIEKONZEPT III

Gefühle und Wünsche treten mehr in den Hintergrund. Es werden Verhaltenestimulierende und -modifizierende Techniken angewandt.

Allgemeine Abgrenzung von den übrigen Konzepten:

- keine VEE
- der Therapeut bestimmt (lenkt) in weit größerem Ausmaß Ablauf und Geschehen der Therapiestunde als in I oder II; z.B. wird in folgenden und ähnlichen Situationen die Variable "Stimulation" durch "Lenkung" ersetzt: bei Widerung der Schüler mitzumachen; wenn Schüler nicht nach vereinbartem Konzept handeln; usw.
- die verhaltenstherapeutischen Techniken (die ebenfalls in Konzept II angewendet werden) werden bewußter und konsequenter eingesetzt.
- es werden neue VT-Techniken herangezogen (z.B. Vertrag schließen, etc)
- die Methode (Therapeutenvariable) "Stimulation" wird ebenso realisiert wie in Konzept II (allerdings ohne VEE)

Anforderungen an das durchgehende, grundlegende Verhalten d. Therapeuten

- der Th. versucht das verbale und nonverbale Verhalten aller Kinder in der Gruppe gleichmäßig zu beobachten.
- der Th. beachtet Höflichkeitsregeln
- der Th. spricht kindgemäß: kurze Sätze, keine Fremdwörter, usw.
- der Th. bemüht sich, alle Kinder in den Gruppenprozess einzubeziehen
- der Th. verschleierte keine Sachverhalte
- nach MEHERABIAN (Schmidtchen 1969, S.306) wirkt der Th. entspannt, wenn er: "in seinem Stuhl vorwärts gelehnt sitzt, lächelt, seine Hände ruhig hält und mit dem Klienten häufig Augenkontakt hat."

Weitere Faktoren für Entspannung: offene Armhaltung, asymmetrische Bein- und Armhaltung, lockere Gestikulation mit Händen und Armen.

- die Sprache ist klar und gut moduliert, ruhig. Sie hat Höhen und Tiefen. Sie ist klar und ausdrucksvoll
- der Th. zeigt Humor; er macht sich allerdings nicht über jdm. lustig
- er achtet bei den Kindern besonders auf folgende Verhaltensbereiche und verstärkt sie positiv:

Sprache: laut, klar

Mimik, Gestik

haltung

Sprachinhalt: z.B. geschickte Lösung eines Problems

Direktes Äußern von Gefühlen

Lob abgeben

Gebrauch von "ich"

Blickkontakt

LENKUNG :

Definition:

Der Th. greift bewußt in Gruppenprozesse ein und lenkt sie auf das Zielverhalten hin; die Interventionen sollten sich dabei nur auf einen, möglichst kleinen Verhaltensbereich beziehen. Er greift, sooft es die Situation erlaubt, auf das Rollenspiel zur Einübung neuer Verhaltensweisen zurück. Die Kinder können frei entscheiden, ob sie die vorgegebenen Sätze und Rollenspiele mitmachen wollen, der Th. weist sie darauf hin.

a) Rollenspiel:

Der Th. läßt (wenn es nur irgend möglich ist) Konfliktsituationen in neuer Form im Rollenspiel nachspielen. Die inhaltliche und personelle Gestaltung der Rollen werden von ihm bestimmt. Er interveniert im Rollenspiel, wenn irgendeine Rolle nicht wie besprochen ausgefüllt wird. Er weist darauf hin, WAS und WARUM etwas besser bzw. anders gemacht werden müßte.

allg. Hinweise:

- der Th. weist auf die Aspekte hin, die besonders zu beachten sind
- der Th. spielt zunächst die "Hauptrolle" vor
- der Th. verstärkt sofort nach dem Spiel, dann fordert er die anderen Kinder auf, das zu erwähnen, was sie gut fanden.

b) Modellverhalten:

Der Th. gibt verstärkt Hilfestellungen, wenn die Kinder nicht weiter wissen bzw. die gewünschten Verhaltensweisen nicht von selbst zeigen können (da sie sie nie gelernt haben). Er schlägt entweder Alternativreaktionen und Lösungsschritte bei Konflikten nur vor oder macht sie modellhaft vor.

allg. Regeln:

- der Th. macht nur kleine Verhaltensausschnitte vor
- er spielt sie nicht zu perfekt vor
- erhält die Kinder an, es nachzumachen
- er weist auf das Ziel des Vormachens hin (achtet mal besonders auf...)

VERTRAG SCHLIESSEN :

In der ersten Stunde schließt der Th. mit den Kindern einen Vertrag ab, in dem sie sich verpflichten, die vorgegebenen Grenzen einzuhalten. Der Th. verpflichtet sich dafür, mit ihnen Spiele zu machen. Im Vertragsformular ist eine offen dargelegte Begründung enthalten. Bei drohender Verletzung der Grenzen weist der Th. auf den Vertrag hin und auf die möglichen Konsequenzen. Auch die Kinder selbst werden angehalten, auf Verletzungen des Vertrages zu achten. Wenn ein Kind durch sein Verhalten anzeigt, daß es sehr wahrscheinlich Grenzen verletzen könnte, sollte versucht werden, ihn davon abzuhalten (z.B. durch eine kleine Aufgabe, durch Lenkung seiner Aufmerksamkeit auf einen anderen Punkt, usw.)

DIFFERENTIELLE VERSTÄRKUNG :

Definition:

Mit dieser Variable ist die Verstärkung erwünschter (siehe Zielbereiche) Verhaltensweisen gemeint. Eingesetzt wird sie im Rahmen eines sog. "shaping"-Prozesses, d.h., es werden zunächst jene Reaktionen verstärkt, die in Beziehung zum gewünschten Endverhalten stehen bzw. als Elemente davon anzusehen sind. Im Laufe der Therapie werden dann Verhaltensweisen verstärkt, die dem gewünschten Zielverhalten immer ähnlicher sind. Die Verstärkung erfolgt zielgerichtet und ohne große zeitliche Verzögerung; das Kind muß die Beziehung zwischen seinem Verhalten und der Intervention des Therapeuten erkennen können.

Verstärkerart:

Es gehört zum Wesen der Verstärkung, daß ein (möglichst augenblickliches) Bedürfnis befriedigt wird. Wir gehen davon aus, daß Sonderschüler ein recht großes Bedürfnis nach sozialem Kontakt, Erfolg, etc. haben und benutzen deshalb nur sog. "sekundäre" Verstärker, deren Wirkung sich auf sozialer Basis vollzieht.

Operationalisierung der Definition:

a) Zielbereich: Konfliktverhalten

Verstärkt werden die Verhaltensweisen, die zum (in unserem Sinne) positiven Konfliktverhalten gehören. D.h. zu Beginn der Therapie:

- auch schon die Suche nach Konfliktlösemöglichkeiten oder den Wunsch, den Konflikt auf andere Art zu lösen.

zu einem späterem Zeitpunkt der Therapie:

- direkt positive Lösungstechniken

b) Zielbereich: Selbsterexploration, Selbstdarstellung

Verstärkt werden die Versuche des Kindes, sich selbst darzustellen, über seine Gefühle, Wünsche, Verhalten zu sprechen., sofern die anderen in ihren Bedürfnissen nicht eingeschränkt werden; d.h., sofern XY die anderen in angemessener Weise zu Wort kommen läßt, nicht dauernd versucht, auf diese Art die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf sich zu lenken, etc.

c) Zielbereich: Kooperation

Verstärkt werden hier alle Zielverhaltensweisen, die (oben) zum Zielbereich Kooperation genannt werden, angefangen von: auf andere Rücksicht nehmen ... bis zu: Erbitten von Hilfe

Operationalisierung der Verstärkerarten:

a) DIREKTE Verstärker:

- verbale: lobende Äußerungen des Th. wie: "Das war eine gute Idee", "Ich glaube, Du hast uns weitergebracht", Findet Ihr nicht auch, daß XY das gut gemacht hat", usw....
- nonverbale: Zulächeln, Zunicken, evtl. auf die Schulter klopfen, usw....

b) INDIREKTE Verstärker:

- Auffordern zum Wiederholen des Vorschlages oder der Verhaltensweise
- Bitte an die andern doch mal besonders hinzuhören (evtl.hinzuschauen) was XY gerade sagt (tut).
- evtl. Wiederholen des betreffenden Tonbandausschnittes

zusätzliche Anmerkung:

Da wir es im Sinne der Generalisation für unerlässlich halten, daß das Kind nicht nur positive Bekräftigung von Seiten des Therapeuten erhält, sondern auch die Erfahrung macht, daß sein modifiziertes oder einfach nur gezeigtes Verhalten für ihn positive Konsequenzen von Seiten seiner "natürlichen Umwelt" (hier d-er Gruppe) zur Folge hat. Solche positiven Konsequenzen sind z.B. Lob, Anerkennung etc... durch die Gruppenmitglieder. Der Therapeut sollte deshalb besonderen Wert auf spontane Äußerungen der Kinder in diese Richtung legen und diese bekräftigen, bzw. versuchen, sie indirekt hervorzurufen.

S P I E L S A M M L U N G

I. Non-verbale Spiele

1. Spiel mit geschlossenen Augen - Gegenstände ertasten
2. Spiel mit geschlossenen Augen - Marionette spielen
3. Seltsame Wettläufe
4. Malen zu Zweit

II. Spiele mit Materialien

1. Memory
2. Puzzle-Spiel
3. Helfersspiel
4. Kooperationsspiel mit Papier, Kleber und Schere
5. Malefiz
6. Bildgeschichte(Reihe): Vor der Stunde
7. Bildgeschichte (Reihe): Alle drängen sich vor!
8. Bildgeschichte (Reihe): Kein Platz zum Spielen

III. "Verbalisations"-Spiele

1. Weinen, Wüten, Lachen
2. Kleidertausch
3. Sich-selber-Loben
4. Dorfklatsch
5. Empty Seat
6. Rollenspiele: - auf der Straße jmd. nach der Uhrzeit fragen
- Lehrer um etwas bitten
- sich beschweren (mit Bild: im Bus gibt es Ärger)
- sich entschuldigen
- jmd. um Hilfe bitten
7. Problemgeschichte: Heidi
8. Problemgeschichte: Oli ist der Stärkste
9. Problemgeschichte: Auf der Rutschbahn

I.1. Spiel mit geschlossenen Augen - Gegenstände ertasten

a) Spielanleitung:

Ein Kind führt seinen Partner im Raum umher und läßt ihn bei geschlossenen Augen verschiedene Gegenstände ertasten. Augen werden nicht verbunden, sondern es wird nur die Anweisung gegeben, sie geschlossen zu halten. Der Spielleiter sollte auch nicht ermahnen, die Augen geschlossen zu halten. Nach Beendigung fragt der Spielleiter die Beteiligten nach ihren Gefühlen.

Partnerwechsel und Partnertausch durchführen!

b) Spielabwandlung:

mögliche zu ertastende Gegenstände:

- Schlüssel mit Wasser
- Bürste, Fußabtreter
- Sandpapier, Silberfolie
- Wasserkran, Lichtschalter
- Gesicht, Kleidung, Haare

c) didaktische Ziele:

- Kinder sollen erleben, wie anders etwas wirkt, wenn die optische Wahrnehmung ausgeschaltet wird. Spielleiter sollte dies in der Anleitung erläutern.
- Vertrauen in den anderen finden;
- sich in die Lage des anderen Hineinversetzen
- Kooperation: sich vom anderen führen lassen

d) mögliche Konflikte:

Angst des Geführten;

Führender verhält sich inadäquat (z.B. faßt den anderen zu grob bzw. unsicher an) = Berührungsangst
mangelndes Vertrauen (z.B. wenn Kind die Augen öffnet)

I.2. Spiel mit geschlossenen Augen - Marionette spielen

a) Spielanleitung: (Schwäbisch-Siems, S. 272)

Ein Kind ist die Marionette, die Wünsche zum Bewegen äußert, z.B. ich will mich hinlegen, hinknien, Fenster öffnen, etc. Die Marionette darf sich selber nicht bewegen, sondern der Partner muß die entsprechenden Glieder in Bewegung setzen. Z.B. die Marionette will gehen: Der Partner faßt sie an das rechte Bein, hebt dieses, führt es etwas nach vorne und setzt

es auf den Boden. Dann rückt er den Oberkörper der Marionette etwas nach vorne und hebt den linken Fuß der Marionette etc.

Nach Beendigung fragt der Spielleiter die Beteiligten: "Wie habt ihr euch gefühlt?"

Partnerwechsel und Partnertausch!

b) Spielabwandlung:

Bei mangelnder Fantasie der Kinder kann der Spielleiter sagen, was ein Kind mit seinem Partner machen soll.

c) didaktische Ziele:

Kooperation: sich in den anderen hineinversetzen;
des anderen Intentionen verstehen;
sich vom anderen führen lassen;
Vertrauen haben.

d) mögliche Konflikte:

Abhängigkeit des anderen ausnutzen
Macht ausüben
Berührungssängste

I. 3. Seltsame Wettläufe

a) Spielanleitung:

Zwei Kinder stellen sich nebeneinander an eine Wand des Raumes. Jedes Kind versucht, mit seinen Händen die Fußknöchel seines Partners zu umfassen. Wenn das gelungen ist, soll das so entstandene Ungeheuer den Raum durchqueren. Die Partner dürfen sich dabei nicht loslassen, sonst müssen sie wieder an ihre Ausgangsstelle an der Wand zurück und es von neuem versuchen.

Zwei Paare laufen um die Wette.

Partnerwechsel und Verbalisierung der Gefühle!

b) -

c) Didaktische Ziele:

Gewöhnung an Körperkontakt
Bewegungskoordination

d) mögliche Konflikte:

gegenseitiges Zurechtweisen, ohne aufeinander zu hören
Ungeduld
Berührungssängste

I. 4. MALEN ZU ZWEIT

a) Spielanleitung: (Hielscher, S. 115))

Je zwei Kinder fassen gemeinsam einen Bleistift an und malen z.B. ein Haus, Baum, Tier.

Die Kinder wechseln sich beim Halten des Bleistifts ab, d.h. einmal faßt ein Kind das untere Ende, das andere Mal das obere Ende des Bleistifts an.

Partnertausch!

b)) Spielabwandlung: Beim Malen dürfen die Kinder zunächst miteinander reden; beim zweiten Mal sollen sie versuchen, nicht miteinander zu sprechen.

c)) didaktische Ziele:

Körperkontakt

Kooperation in der Praxis: die Intention des anderen erkennen und in das eigene Handeln einbeziehen
(Abstimmung der Bewegungsabläufe)

d) mögliche Konflikte:

Wer ist stärker, d.h. drängt dem anderen immer seine Bewegungen auf?

Keine Einigung über das zu malende Objekt erzielen.

II.2. Puzzle-Spiele

- a) Je zwei Kinder erhalten 1 Puzzle-Spiel.
Für die jüngeren Kinder (9-10 Jahre) evtl. Spiel aus 20 Teilen, für die älteren Kinder das Spiel aus 49 Teilen.
Partnerwechsel möglich.
- b) Spielabwandlung: mit bzw. ohne Bildvorlage das Puzzle zusammenlegen.
- alle 4 Kinder sollen 1 Puzzle zusammenlegen, Vermeidung der Wettbewerbssituation.
- c) didaktische Ziele:
Kooperation: um Hilfe bitten,
Anerkennung zeigen
Zusammenarbeit (ist nützlich und) kann Spaß machen.

II.3. Helferspiel

- a) Anleitung: Jedes Kind sieht eine Notsituations-Tafel und legt sie verdeckt vor sich hin.
(Auswahl der Notsituations-Tafel:
1. Ein Kind hat Mutter am Bahnhof verloren.
 2. Ein Kind verschüttet bei einer Familienfeier seinen Kakao.
 3. Ein Kind wird von anderen ausgelacht.
 4. Ein Kind hat sich am heißen Wasserkessel verbrannt.
 5. Ein Kind hat das Seifenkistenauto eines anderen beschädigt.
 6. Ein Kind entdeckt seine Schwester, die mit Feuer spielt.
 7. Ein Kind hat Angst vor zwei großen drohenden Jungen.
 8. Ein Kind traut sich nicht an einem großen Hund vorbei,
 9. Ein Kind wird von bedrohlicher Gestalt in ausweglose Situation gebracht.)
- Jedes Kind nimmt sich weiterhin 3 Helferskärtchen, die es offen vor sich hinlegt,
und 2 rote Bewertungsplättchen für "starke Hilfen"
und 3 rosa Bewertungsplättchen für "schwache Hilfen" bzw. "Trösterchen".
Die restlichen Helferskarten werden verdeckt in Stapeln aufgehäuft.
Der erste Mitspieler deckt seine Notsituationskarten auf und berichtet, was darauf zu sehen ist (bzw. tut so, als ob er das betroffene Kind sei und erzählt, in welcher Notlage er sich befindet, was er fühlt, was er denkt.) Dann überlegt er sich, ob er sich selber mit seinen 3 Helferskarten helfen kann. Wenn ja, legt er sie neben seine Notsituationskarte ab.

Bewertung der Hilfen: Auf eine Helferkarte mit einer "schwachen Hilfe", die keine richtige Hilfe oder nur ein Trost ist, legt er ein rosa Plättchen; auf eine Karte mit "starker" Hilfe, die wirklich echt hilft, legt er ein rotes Plättchen. Er begründet seine Bewertung und erklärt, wie ihm diese Karte hilft.

Weitere Hilfen: Sind ihm seine eigenen Helferskarten keine oder nur geringe Hilfe, bieten ihm die übrigen Mitspieler der Reihe nach ihre Helferskarten und damit ihre Hilfe an.

Der Spieler kann die ihm angebotenen Hilfen mit einer Begründung ablehnen. Nimmt er sie an, legt er sie zu seiner Notsituationskarte und bewertet sie mit einem Plättchen. Bekommt er eine "starke" Hilfe angeboten, hat aber kein

Die Notsituation ist gelöst, wenn der erste Spieler seine 5 Bewertungsplättchen alle einsetzen konnte.

Wenn der erste Spieler nicht alle seine Bewertungsplättchen verbrauchen konnte (d.h. er bekam also nicht genug Hilfe angeboten) gibt er die restlichen Plättchen an den nächste Spieler weiter.

Die Gruppe muß sich also um die Notsituation des nächsten Spielers verstärkt bemühen.

Bevor der nächste Spieler seine Notsituationskarte aufdeckt, nimmt sich jeder Mitspieler neue Helferskarten, sodaß jeder wieder 3 davon besitzt usw.

Konnten nicht alle Plättchen eingesetzt werden, hat die Gruppe als ganzes verloren.

Abschlußgespräche: ist ein Spiel beendet, vergleichen die Kinder die einzelnen Notsituationen miteinander. Wem ist besonders gut, wem weniger gut geholfen worden? Konnten für eine Situation nur wenige oder schwache Hilfen gefunden werden, werden alle noch zur Verfügung stehenden Helferskarten offen ausgebreitet und das betroffene Kind darf sich die Karten heraussuchen, die ihm wirklich geholfen hätten.

- b) Variation: Jenach Vereinbarung kann es "reale" oder "lustige" Hilfen geben, d.h. die es in Wirklichkeit nicht geben kann (z.B. Hund das Maul zukleben).
- c) didaktische Analyse:
 - Solidarität und Hilfsbereitschaft alle bemühen sich um einen; einer setzt sich für alle ein.
 - Hilfe geben und annehmen
 - Kinder erleben, durch ruhiges Nachdenken kann ich meine Not-situation abwenden oder bessern. Durch Angstreduzierung können Menschen, Gegenstände usw. sinnvoll zur Bewältigung von Not-situationen eingesetzt werden.
 - Kommunikationsaustausch von Gedanken, Gefühlen und Ideen.
- d) mögliche Konflikte:
 - Ablehnung von Hilfe ohne Begründung
 - negative Lösungsmöglichkeiten werden vorgeschlagen.

II.4. Kooperationsspiel mit Papier, Kleber, Heftklammern, Schere

- a) Mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Materialien sollen je 2 Partner eine gut haltbare Brücke bauen (evtl. Zeit stoppen)
- b) Variation: Je ein Kind baut Kopf, Rumpf, Arme und Beine für einen Roboter. Dann basteln alle Kinder gemeinsam die Teile zusammen.
- c) didaktische Analyse:
 - Kooperation in Praxis: gegenseitig anhören
miteinander beraten
Alternativen entwickeln
um Hilfe bitten
jemanden loben
- d) mögliche Konflikte: nicht aufeinander eingehen können;
Vorschläge ablehnen

II.5. Malefiz

- a) Anleitung: Jeder Spieler erhält ein "Püppchen" und muß versuchen durch Würfeln möglichst schnell ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Die Wege dorthin sind durch Hindernisse erschwert, die durch Würfeln bestimmten Punktzahlen beiseite geräumt werden können. Mit diesen "erworbenen" Hindernissen darf man nun den anderen Mitspielern den Weg verbauen. Sieger ist, wer als erster das Ziel erreicht. (näheres siehe genaue Spielanleitung)
- b) Spielabwandlung: jeweils 2 Paare gegeneinander
- c) didaktische Analyse:
- Kooperation: gemeinsam Strategien ausdenken
 - die eigene Gruppe beobachten
 - Regeln kennen und beachten
- d) mögliche Konflikte:
- Regeln werden nicht beachtet
 - einer mogelt
 - Kind ist frustriert, wenn ihm oft der Weg verbaut wird, etc..

II.6. Bildgeschichte: Vor der Stunde

- a) Bilder (Material vorhanden) zeigen und frei von den Kindern besprechen lassen
- c) didaktische Analyse:
- Solidarität zeigen
 - Autoritätspersonen (hier Lehrerin) in Frage stellen

II.7. Bildgeschichte: Alle drängen sich vor

- a) Bilder (Material vorhanden) vorzeigen und von den Kindern kommentieren lassen
- Fragen dazu: Ist Euch das auch schon passiert? Berichtet!
- Wie kann man sich hier helfen?
 - Wie kann man ein Spiel (Rollenspiel) daraus machen?
- c) didaktische Analyse:
- Selbstbehauptung-sivh gegenüber Erwachsenen durchsetzen
 - auf seine Rechte bestehen, wenn sie berechtigt sind
 - zwischen wünschenswerten und nicht-wünschenswerten Konfliktlösemöglichkeiten unterscheiden
- d) mögliche Konflikte:
- ein Kind drängt sich vor und will immer alleine reden

II.8. Bilderreihe: Kein Platz zum Spielen

- a) Anleitung: Bilderreihe zeigen und von den Kindern kommentieren lassen
Fragen dazu: - Ist es Euch auch schon passiert, berichtet davon!
- Was können die Kinder machen? (auch zu kreativen, evtl. unrealistischen Lösungsmöglichkeiten anregen!)
- b) Spielabwandlung:
- evtl. einzelne Rollenspiele daraus entwickeln
- z.B. Kinder und der Hausmeister
Kinder und der Polizist
- c) didaktische Analyse:
- auf eigene Rechte bestehen
- Gefühle verbalisieren
- sich solidarisieren
- Alternativen suchen und Kompromisse finden

III.1. Weinen, Wüten, Lachen

- a) Anleitung:
Die Kinder haben vor sich Photots liegen, die Gesichter mit starkem gefühlsmäßigen Ausdruck zeigen. Die Kinder sprechen über das Bild und formulieren die Gefühle des photographierten Kindes.
- b) Spielabwandlung: Die Kinder versuchen durch Gestik und Mimik selber Gefühle auszudrücken z.B.:
- Mutter sieht voller Schrecken, wie ihr Kind in einem Baum herumklettert und herunterzufallen droht
- ein Kind bekommt zu Weihnachten nicht das Geschenk, was es gerne haben wollte
- ein Kind erfährt, daß seine Familie wider seines Erwartens doch an die See in Ferien fährt

Die anderen Kinder müssen dann erraten, um welche Situation es sich handeln könnte, bzw. welche Gefühle ausgedrückt werden.

c) Didaktische Ziele:

Umgang mit eigenen und fremden Gefühlen,
Gefühle kann man den Menschen meistens ansehen,
Steigerung der mimischen Fähigkeit,
differenzierte optische Wahrnehmung des Gefühlsausdrucks.

d) mögliche Konflikte:

Angst, sich lächerlich zu machen;
ausgelacht werden.

III. 2. Kleidertausch

a) Spielanleitung:

Jeweils 2 Kinder tauschen ihre Jacken (Mäntel, Mützen o.ä.) und schlüpfen damit in die Person des anderen. Kind A (mit der Kleidung von B) sagt über B etwas Positives (z.B. ich heiße B und spiele gut Fußball). Kind B sagt: Ich heiße A und kaufe gern für meine Mutter ein.

b) Spielabwandlung:

Eine Ergänzung kann darin bestehen, die Kinder aufzufordern, auch ruhig einmal Dinge von dem anderen zu sagen, von denen sie nicht genau wissen, ob sie stimmen. Im Gespräch hinterher können sich die Beteiligten dann noch einmal dazu äußern, was auf sie zutrifft und was nicht.

c) didaktische Ziele

Ermutigung, Anerkennung geben;
Toleranz zeigen (sich bemühen, auch mal etwas positives im anderen zu sehen).

d)mögliche Konflikte:

Kinder weichen aus, sagen nur Negatives über den anderen, stempeln Außenseiter ab.

III. 3. Sich Selber Loben

Den Kindern wird etwas Zeit gegeben, um sich zu überlegen, was sie heute schon (oder gestern) getan haben, was sie selbst oder jemand anders gut fanden. Der Spielleiter gibt Modell.

b) Abwandlung: Was hätte ich gern anders gemacht.

c) didaktische Analyse: Selbstdarstellung - sich selber auch einmal positiv sehen und dies den anderen mitteilen

d) mögliche Konflikte: Kinder lachen sich aus; es fällt ihnen nichts ein, was ihre eigene Anerkennung oder die eines anderen gefunden hätte.

III. 4. "Dorfklatsch"

a) HIELSCHER, S.114:

Ein Kind verläßt den Raum. Die Zurückbleibenden überlegen sich positive Eigenschaften des Draußenstehenden. Nachdem alle Kinder wieder im Raum sind, sagen sie nacheinander: "Ich war heute im Dorf, da habe ich gehört,... Du magst gern Smarties,.. Du haust in letzter Zeit die Ulrike nicht mehr,... Du hast heute dem Peter geholfen,..."

Bei den älteren Kindern sollte die "Dorfklatsch"-Einbettung weggelassen werden.

b) Abwandlung:

Auch negatives darf gesagt werden, aber dann nur in sehr begründeter Form.

c) didaktische Ziele:

eigene Gefühle verbalisieren; Selbstfinden: wie bin ich in der Gruppe? wie sehen mich die anderen? Üben, den anderen in Lob zu geben.

d) mögliche Konflikte

nicht zuhören können, ausgelacht werden, Übertreibungen

III. 5. "Empty Seat"

a) Diese Übung kann der Therapeut immer dann durchführen, wenn er erkennt, daß ein Kind während der Therapiestunde stark mit einem Konflikt beschäftigt ist, den es mit jemand anders hat (z.B. Vater, Mutter, Lehrer, Freund, Therapeut). Deshalb gehört diese Übung auch zum Standardprogramm der therapeutischen "Stimulation des Konfliktlöseverhaltens".

Um die Möglichkeiten des empty seat mit den Kindern einzuüben, kann der Th die Kinder z.B. fragen: "Wie ägern Euch die Leute, mit denen Ihr vile zusammen seid?"

Drückt beispielsweise Kind A ein Problem aus, an dem es selbst einen wesentlichen Anteil hat, sagt der Therapeut:

"A, setz Dich doch mal für einen Augenblick hierher zu mir."

Ein leerer Stuhl steht vor dem des A. "Nun tu' mal so, als ob X (der Konfliktpartner) auf dem leeren Stuhl vor Dir sitzt. Sage X, warum Du so böse auf ihn bist. Du kannst ihm ruhig alles sagen, weil er ja nicht wirklich da ist."

Im geeigneten Moment, wenn A sein Argument ausgesprochen hat, fordert der Th ihn auf: "Nun setz Dich auf den anderen Stuhl und tue so, als ob Du X wärst. Was sagt er?"

Im nächsten geeigneten Moment wiederum Stuhlwechsel, etc.

Übung kann dann abgebrochen werden, wenn keine weitere Klärung des Konfliktes mehr zu erwarten ist.

b) Spielabwandlung:

Die Übung kann auch bei einem passenden Konflikt zweier Kinder in der Gruppe angewandt werden,

a) indem die Kinder nacheinander ihre Versionen durchspielen;

b) indem beide Kinder sich gegenüber sitzen.

Eventuell auch als Rollenspiel mit fest vorgegebenen Rollen verwendbar.

c) didaktische Ziele

sich in andere einfühlen können, einen andersartigen Standpunkt artikulieren, Kompromisse finden, Konfliktlöseverhalten trainieren.

d) mögliche Konflikte

alles, was die Kinder anbringen

III. 6. Rollenspiele

a) Nach der Uhrzeit fragen:

"Auf der Straße fragst du einen Fremden, wieviel Uhr es ist."
(hier auf freundlichen, aber festen Tonfall achten)

b) Den Lehrer um etwas bitten:

"Während der Stunde erklärt der Lehrer etwas, was du nicht verstanden hast. Du bittest ihn, das zu wiederholen, und wenn du es verstanden hast, sagst du es ihm."

(Inhalt des NichtVerstandenen von den Schülern selber geben lassen)

c) Sich verteidigen:

(Spielleiter zeigt das Bild: "Im Bus gibt es Ärger")

"Ein Erwachsener beschwert sich laut im Bus, daß du sitzt, während er stehen muß. Es ist nach der Schulzeit und du bist sehr müde, weil die letzten zwei Stunden Turnen waren. Du antwortest dem Erwachsenen, daß du sehr müde bist und es daher für dein Recht hältst, sitzen zu dürfen."

Variation: Eventuell einigen sich Kind und ~~Erw~~ Erwachsener auf den Kompromiß, daß das Kind etwas beiseite rückt, daß eine bestimmte Strecke der Erwachsene Platz nehmen darf etc.

d) Sich entschuldigen:

"Du hast im Supermarkt eine Flasche Bier vom Regal gestoßen. Du sagst dem hinzukommenden Angestellten des Ladens, daß es dir leid tut, daß du es jedoch nicht bemerkt hattest, wie dein Korb daranstieß, und daß du ihm gerne hilfst, die Scherben vom Boden aufzulesen."

e) Jemanden um Hilfe bitten:

"Du hast eine Rechenaufgabe nicht lösen können und bittest in der Pause einen Schulkameraden, dir zu helfen. Dieser lehnt zuerst ab, weil er lieber ein Comics-Heft lesen möchte; doch du sagst ihm, daß es für dich sehr wichtig wäre, die Aufgabe zu verstehen, und daß er doch so gut rechnen könnte."

Allgemeine Anleitung: - Rollenwechsel, Partnertausch, Spielleiter gibt zunächst Modell für "tragende Rolle"; nach jedem Rollenspiel die Spielenden sofort positiv verstärken, möglichst auch Verstärkung durch die Gruppenmitglieder.

c) didaktische Ziele:

- Selbstbehauptung, auf seinem Recht bestehen
- anderen Menschen wohlwollend gegenüberstehen
- Vertrauen in andere haben
- wissen: Welche Streitigkeiten treten immer wieder auf? Wie entstehen sie? Welche Folgen haben sie?

d) mögliche Konflikte:

Weigerung mitzumachen, negative Kritik üben, dem anderen die Rolle erschweren

III. 7. Problemgeschichte: Heidi

- a) Geschichte vorlesen (siehe Spielsammlung, Nr. 8 bzw. Schaftel/Schaftel, S. 196)
- b) Geschichte kürzen
evtl. vor Ende abbrechen und die Kinder selber zu Ende erfinden lassen
- c) didaktische Ziele:
Vorurteile abbauen
sich in andere einfühlen können

III. 8. Problemgeschichte: Oli ist der Stärkste

- a) Geschichte vorlesen (siehe Welscher, S. 70-71)
- b) Geschichte abbrechen und die Kinder ergänzen lassen
- c) didaktische Ziele:
pragmatische: eigene Lösungsmöglichkeiten entwickeln und verbalisieren
in Konfliktsituationen auf die Norm "Alle haben gleiche Rechte und Pflichten" hinweisen
kognitive: Verstehen, daß die Anwendung negativer Techniken Auswirkungen hat (wie Angst)
Verstehen, daß es Situationen gibt, in denen man auf berechtigten Ansprüchen bestehen muß
emotionale: Mitfühlen mit Beteiligten
Konflikte annehmen und aushalten

III. 9. Problemgeschichte: Auf der Rutschbahn

- a) Geschichte vorlesen (Schaftel/Schaftel, S. 130 und
Spielsammlung, Nr. 7)
- b) Rollenspiel dazu machen
- c) didaktische Ziele: (siehe III. 3.)

Allgemeines zu Problemgeschichten:

- 1) möglichst Ende offen lassen, damit die Kinder weiterdiskutieren können
- 2) verschiedene Alternativen diskutieren und Rollenspiele daraus entwickeln
- 3) berichten lassen, ob die Kinder schon mit ähnlichen Problemen konfrontiert wurden.

OLIVER IST DER STÄRKSTE

Oliver ist der Stärkste in der Klasse und fast einen Fußball größer als Peter. Er ist ja auch schon älter als die anderen - fast sechs schon. "Ich bin stark wie ein Bär!" sagt Oliver, "und wer mir nicht gehorcht, den fresse ich - grrrrr!"

Alle Kinder müssen immer das tun, was er will. Sie fürchten sich. Sie haben Angst vor ihm. Oliver's Vater sagt immer: "Oli, du hast aber schon einen ganzen schönen Blizeps - Bizeps oder wie das Ding heißt." Jedenfalls meint er Olis Muskeln damit.

Und das stimmt! Neulich hat Oli den Jan verhauen, so daß der ganz blaue Flecken am Körper hatte und die Nase blutete. Er hat entsetzlich geweint. Es muß furchtbar weh getan haben. Und das alles nur, weil er nicht mitmachen wollte, die alte Frau Hansen zu ärgern, die Oliver so gern als "Hexe" bezeichnet. Ja, so ist das! Wer nicht tut, was Oliver will, der bekommt seine Fäuste zu spüren. Da liegt der Grund, weshalb alle Angst vor ihm haben.

Ebjörn meint: "Oli ist ein Schuft! Es macht keinen Spaß, mit ihm zu spielen."

Jetzt ist gerade Pause. Die Kinder stürmen auf den Schulhof. Dort darf man richtig toben, denn Frau Ingwersen ist eine wirklich nette Dame. Unter den riesenhaften Lindenbäumen stehen einige Kinder. Peter schlägt vor: "Laßt uns das Hinkerspiel beginnen. Das ist Klasse!" "Ja", ruft Niko, "Super". Alle schauen Oliver an. Er runzelt die Stirn, wirft Peter einen stechenden, bösen Blick zu und grunzt: "Quatsch! Was soll das blödsinnige Hinkerspiel. Wir spielen Fangen! Los, auf geht's!" Peter stammelt ärgerlich: "Du willst ja nur deshalb Fangen spielen, weil du da gewinnst und beim Hinkerspiel immer verlierst!" Drohend ballt Oliver die Faust: "Du bekommst eins in die Fresse, mein Lieber."

Peter zuckt zusammen. Er denkt: Das ist nicht richtig! Er darf mich nicht verhauen, wir haben alle die gleichen Rechte, sagt Frau Ingwersen immer. Deshalb spiele ich, was ich will. Man darf sich nicht einschüchtern lassen. "Ich spiele das Hinkerspiel - und wenn du dich auf den Kopf stellst!" "Und ich spiele mit", meint Klaus, sein bester Freund. Oli wird

(Oliver)

wütend. Doch sicherheitshalber wirft er einen prüfenden Blick zur Lehrerin hinüber. Sie beobachtet die aufgeregte Gruppe aus der Ferne. "Na, warte", droht Oliver, "nach der Schule setzt es was!" "Los", so fährt er die anderen an, "wir spielen jetzt Fangen. Und schon läuft er davon."

Die Rutschbahn

Auf dem Spielplatz gibt es eine neue Rutschbahn. Natürlich wollen alle Kinder sie ausprobieren. Das Rutschen macht großen Spaß! Sobald ein Kind unten ist, stellt es sich hinten an und wartet, bis es wieder an die Reihe kommt. Eine Weile geht alles gut. Dann kommt Andreas, der der Erzieherin noch freiwillig geholfen hat, das Zimmer aufzuräumen. Er probiert nun auch die Rutschbahn aus. Es macht ihm soviel Spaß, daß er gar nicht abwarten will, bis er an die Reihe kommt. Deshalb stößt er einige kleinere Kinder zur Seite und blockiert schließlich die gesamte Rutschbahn, weil er sofort zurückklettert, wenn er unten angekommen ist.

Was glaubt ihr, machen die anderen Kinder?

Tabelle A 2: Mittelwerte aller Therapeutenverhaltensmerkmale im 2., 5. und 9. Kontakt des I., II. und III. Konzepts

Konzept	Therapeut	VEE			Stimulation			Akzeptierung			Verbale Verstärkung		
		2.	5.	9.	2.	5.	9.	2.	5.	9.	2.	5.	9.
I	1	1.25	1.75	1.25	1.00	2.75	2.25	3.00	2.33	3.00	1.00	2.00	1.00
I	2	3.75	1.75	3.00	2.75	3.00	2.75	2.66	2.66	2.00	1.00	2.25	1.00
GT I	3	1.25	--	--	3.25	--	2.25	3.66	--	2.33	2.00	2.00	1.00
I	4	4.25	4.25	5.00	4.00	3.25	3.75	2.66	3.00	3.66	2.00	1.75	2.50
I	5	2.50	3.00	4.00	3.75	4.00	3.00	4.33	4.00	3.66	2.00	2.00	2.00
II	6	1.00	1.00	2.00	3.75	3.75	2.75	3.00	2.66	3.00	1.50	1.50	1.75
II	7	3.00	1.75	2.00	4.25	3.75	4.75	3.33	2.00	2.00	2.00	2.00	2.75
MK II	8	1.00	1.00	1.75	4.00	2.25	2.75	4.00	5.00	4.00	2.75	2.00	1.75
II	9	3.00	2.75	1.50	4.75	3.50	2.25	4.66	5.00	3.66	2.00	2.00	1.75
II	10	1.00	4.00	2.00	4.75	3.75	4.00	4.66	4.66	4.00	4.00	2.75	2.00
III	11	1.00	1.00	1.00	4.00	3.25	4.00	3.33	3.33	4.00	1.50	2.75	4.00
III	12	1.00	1.00	1.00	4.00	2.00	4.00	4.33	4.66	4.00	3.00	2.75	2.00
III	13	1.00	1.00	1.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	1.66	2.00	2.75	2.50
VT	14	--	1.00	1.00	--	5.00	4.00	--	4.33	3.66	--	3.00	2.00
III	15	1.25	1.00	1.00	4.00	3.75	2.66	2.66	2.66	3.00	2.00	1.00	1.00
III	16	1.00	1.00	1.00	1.75	3.00	4.25	2.66	2.00	--	1.00	1.00	2.00

Tabelle A 3: NEUROTIZISMUS (HANES): Hauptuntersuchung: Untergruppen IQ-HÖHE (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	IQ $\leq$ 86	7	7.6	6.0	0.0	0.03	5 %
	IQ $>$ 86	11	6.4	5.45	8.5	0.09	(10 %)
K II	IQ $\leq$ 86	15	5.9	6.0	52.5	0.50	-
	IQ $>$ 86	7	6.5	4.6	2.0	0.04	5 %
K III	IQ $\leq$ 86	6	5.6	4.5	4.0	0.086	(10 %)
	IQ $>$ 86	13	5.7	5.9	27.0	0.48	-

Tabelle A 4: NEUROTIZISMUS (HANES): Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen GESCHLECHT (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	Jungen	10	6.9	5.5	0.0	0.02	5 %
	Mädchen	8	6.7	5.8	6.5	0.10	(10 %)
K II	Jungen	15	6.6	5.8	41.0	0.37	-
	Mädchen	7	5.0	5.1	13.0	0.43	-
K III	Jungen	11	5.2	6.1	11.5	0.18	-
	Mädchen	8	6.2	4.5	5.0	0.03	5 %

Tabelle A 5: NEUROTIZISMUS (HANES): Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen ALTER (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	9-11 J.	10	7.2	5.8	0.0	0.013	5 %
	12-14 J.	8	6.3	5.5	5.5	0.14	-
K II	9-11 J.	10	6.4	5.3	9.0	0.05	5 %
	12-14 J.	12	5.9	5.8	32.5	0.482	-
K III	9-11 J.	9	5.6	6.1	16.5	0.42	-
	12-14 J.	10	5.7	4.9	8.0	0.08	(10 %)

() = Tendenz

Tabelle A 6: Soziale Reife (SET): Hauptuntersuchung: Interkonzeptvergleich Untergruppen ALTER (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	9-11 J.	10	8.8	9.0	18.5	0.32	-
	12-14 J.	8	9.6	8.6	7.5	0.26	-
K II	9-11 J.	10	9.3	10.0	17.0	0.25	-
	12-14 J.	12	8.5	8.6	20.0	0.38	-
K III	9-11 J.	9	9.8	10.6	6.0	0.08	(15 %)
	12-14 J.	10	9.7	10.2	12.0	0.36	-

Tabelle A 7: Soziale Reife (SET): Hauptuntersuchung: Interkonzeptvergleich Untergruppen IQ-HÖHE (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	IQ $\leq$ 86	7	7.6	7.7	6.5	0.39	-
	IQ $>$ 86	11	10.2	9.5	23.0	0.32	-
K II	IQ $\leq$ 86	15	8.4	8.6	29.5	0.23	-
	IQ $>$ 86	7	9.7	10.4	7.5	0.26	-
K III	IQ $\leq$ 86	6	10.0	10.5	2.0	0.29	-
	IQ $>$ 86	13	9.7	10.4	20.5	0.13	(10%)

Tabelle A 8: Soziale Reife (SET): Hauptuntersuchung: Interkonzeptvergleich Untergruppen GESCHLECHT (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	Jungen	10	9.7	9.3	19.0	0.80	-
	Mädchen	8	8.5	8.2	17.0	0.44	-
K II	Jungen	15	9.5	9.6	36.0	0.25	-
	Mädchen	7	7.4	8.4	2.0	0.07	7 %
K III	Jungen	11	9.2	9.0	25.0	0.61	-
	Mädchen	8	10.5	12.3	0.0	0.02	2 %

Tabelle A 9: Soziale Erwünschtheit (SET): Hauptuntersuchung: Vergleich der Vor- (= v) und Nachtestwerte (= N) differenziert nach Untergruppe IQ-HÖHE (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	IQ $\leq$ 86	7	10.0	10.6	7.5	0.14	-
	IQ $>$ 86	11	8.9	8.4	21.0	0.14	-
K II	IQ $\leq$ 86	15	8.2	7.3	36.5	0.15	-
	IQ $>$ 86	7	8.4	8.7	3.0	0.50	-
K III	IQ $\leq$ 86	6	9.6	8.6	0.0	0.05	5 %
	IQ $>$ 86	13	8.5	9.0	15.5	0.20	-

Tabelle A 10: Soziale Erwünschtheit (SET): Hauptuntersuchung: Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N) differenziert nach Untergruppe GESCHLECHT (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	Jungen	10	8.7	8.4	14.5	0.09	(12.5 %)
	Mädchen	8	10.0	10.3	17.0	0.44	-
K II	Jungen	15	7.2	7.4	34.5	0.76	-
	Mädchen	7	10.6	8.4	5.0	0.06	(12.5 %)
K III	Jungen	11	9.6	9.1	6.5	0.05	5 %
	Mädchen	8	8.6	8.0	1.0	0.07	(12.5 %)

Tabelle A 11: Soziale Erwünschtheit (SET): Hauptuntersuchung: Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N) differenziert nach Untergruppe ALTER (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	9-11 J.	10	8.7	9.5	18.5	0.18	-
	12-14 J.	8	9.7	9.0	9.0	0.10	(10 %)
K II	9-11 J.	10	8.3	8.6	14.5	0.31	-
	12-14 J.	12	8.2	7.1	10.5	0.07	(10 %)
K III	9-11 J.	9	8.3	9.0	5.0	0.13	-
	12-14 J.	10	9.4	8.9	8.5	0.34	-

Tabelle A 12: PRÜFUNGSANGST: Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen IQ-HÖHE (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	IQ $\leq$ 86	7	10.5	0.50	-
	IQ $>$ 86	11	28.5	0.34	-
K II	IQ $\leq$ 86	15	46.0	0.341	-
	IQ $>$ 86	7	9.0	0.376	-
K III	IQ $\leq$ 86	6	1.0	0.039	3 %
	IQ $>$ 86	13	24.0	0.216	-

Tabelle A 13: PRÜFUNGSANGST: Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen GESCHLECHT (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	Jungen	10	21.0	0.424	-
	Mädchen	8	12.5	0.22	-
K II	Jungen	15	35.5	0.242	-
	Mädchen	7	12.0	0.36	-
K III	Jungen	11	15.5	0.203	-
	Mädchen	8	16.5	0.416	-

Tabelle A 14: PRÜFUNGSANGST: Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen ALTER (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	9-11 J.	10	22.0	0.287	-
	12-14 J.	8	7.0	0.118	(10 %)
K II	9-11 J.	10	16.0	0.22	-
	12-14 J.	12	32.0	0.482	-
K III	9-11 J.	9	16.0	0.389	-
	12-14 J.	10	2.5	0.008	1 %

Tabelle A 15: MANIFESTE ANGST: Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen IQ-HÖHE (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	IQ $\leq$ 86	7	52.2	51.1	8.5	0.176	-
	IQ $>$ 86	11	46.6	46.0	9.0	0.10	(10 %)
K II	IQ $\leq$ 86	15	49.0	51.8	50.5	0.29	-
	IQ $>$ 86	7	52.1	48.0	9.5	0.22	-
K III	IQ $\leq$ 86	6	45.0	45.2	4.0	0.36	-
	IQ $>$ 86	13	50.1	52.1	30.0	0.24	-

Tabelle A 16: MANIFESTE ANGST: Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen GESCHLECHT (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	Jungen	10	51.2	47.0	11.5	0.18	-
	Mädchen	8	50.3	49.2	6.5	0.10	(10 %)
K II	Jungen	15	52.0	50.6	38.5	0.11	(10 %)
	Mädchen	7	45.7	50.4	3.5	0.04	5 %
K III	Jungen	11	52.0	52.9	23.0	0.18	-
	Mädchen	8	44.0	45.0	10.0	0.75	-

Tabelle A 17: MANIFESTE ANGST: Hauptuntersuchung: Vergleich der Untergruppen ALTER (Wilcoxon-Test)

Konzept	Untergr.	N	$\bar{x}$ 1	$\bar{x}$ 2	err.T	α (eins.)	Sign.
K I	9-11 J.	10	49.5	47.3	13.5	0.26	-
	12-14 J.	8	52.5	48.8	7.0	0.12	(10 %)
K II	9-11 J.	10	50.1	50.2	27.0	0.48	-
	12-14 J.	12	49.9	50.9	34.0	0.35	-
K III	9-11 J.	9	49.3	53.3	13.0	0.24	-
	12-14 J.	10	48.0	46.9	13.0	0.24	-

Tabelle A 18: Intrakonzeptvergleich (alle Testskalen):
Untergruppe: Geschlecht (U-Test)

	Geschlecht	PA	MA	SE	SR	N	U_{α}
Konzept I	Jungen	34.5	44	49	48.5	43.5	0.05 = 20
	Mädchen	45.5	36	31	31.5	36.5	0.025 = 17
Konzept II	Jungen	49	77	20.5	62.5	65.5	0.05 = 28
	Mädchen	46	28	84.5	42.5	39.5	0.025 = 24
Konzept III	Jungen	34	50.5	30.5	58.5	18.5	0.025 = 23
	Mädchen	54	37.5	57.5	29.5	69.5	0.025 = 19

Tabelle A 19: Intrakonzeptvergleich (alle Testskalen):
Untergruppe: Alter (U-Test)

	Alter	PA	MA	SE	SR	N	U_{α}
Konzept I	12-14 J.	50.5	43.4	53	45.5	35.5	0.025 = 17
	9-11 J.	29.5	36.5	27	34.5	44.5	0.05 = 20
Konzept II	12-14 J.	49.5	54.5	85	61	45.5	0.025 = 29
	9-11 J.	70.5	65.5	35	59	74.5	0.05 = 34
Konzept III	12-14 J.	68	64	69	51.5	53.5	0.025 = 20
	9-11 J.	22	26	21	38.5	37	0.05 = 24

Tabelle A 20: Intrakonzeptvergleich (alle Testskalen):
Untergruppe: IQ-Höhe (U-Test)

	IQ-Höhe	PA	MA	SE	SR	N	U_{α}
Konzept I	$IQ \leq 86$	36.5	34.5	57.5	38	33	0.05 = 19
	$IQ > 86$	40.5	42.5	19.5	39	44	0.025 = 16
Konzept II	$IQ \leq 86$	56	69	40.5	51.5	71	0.05 = 28
	$IQ > 86$	49	36	64.5	53.5	34	0.025 = 24
Konzept III	$IQ \leq 86$	26	30.5	17.5	36	38.5	0.05 = 19
	$IQ > 86$	52	47.5	60.5	42	49.5	0.025 = 16

Tabelle A 21: Korrelation⁺ der Kindervariablen:
Kooperation/Selbstexploration (Therapiestadien)

Konzept	2. Kontakt	Sign.	5. Kontakt	Sign.	9. Kontakt	Sign.
I	.42	-	.06	-	.46	-
II	.46	-	.00	-	.68	5 %
III	.00	-	.64	5 %	.79	1 %

⁺ Produkt-Moment-Korrelation

SCHÜLERFRAGEBOGEN (SFB)

Die Faktoren aus dem Vortest

FAKTOR I: EMOTIONAL BELASTETE SOZIALE INTERAKTION

Item		Ladung
18	Die anderen ärgern mich dauernd	0.61
40	Es tut mir weh, wenn jemand "Doofenschule" zur Sonderschule sagt	0.55
31	Meine Eltern haben meinen Bruder (meine Schwester) lieber als mich	0.49
8	Ich möchte gern jemanden kennenlernen, mit dem ich über alles reden kann	0.47
16	Die anderen stoßen mich aus und lassen mich nicht mitmachen	0.46
29	Ich kann mit anderen schlecht reden	0.43
11	Ich weiß mit meiner Freizeit wenig anzufangen	0.43
24	Ich bin lieber mit Mädchen als mit Jungen zusammen	0.41
38	Ich habe noch keinen richtigen Freund	0.41
20	Oft schrei ich jemanden an, und dann tut es mir leid	0.40

FAKTOR II: NEGATIVES FAMILIENKLIMA

Item		Ladung
10	Wenn ich Krach mit jemanden habe, gebrauche ich die schlimmsten Ausdrücke	0.68
26	Meine Eltern wollen immer Recht haben	0.66
28	Ich habe viel Streit mit meinen Geschwistern	0.57
21	Die meisten Kinder dürfen zu Hause mehr als ich	0.55
35	Manchmal möchte ich am liebsten von zu Hause weglaufen	0.52
37	Meine Eltern verstehen oft nicht, was ich gerne möchte	0.45
39	Meine Eltern möchten, daß ich in der Schule besser bin als andere	0.43
34	Ich möchte, daß meine Mutter anders zu mir ist	0.40

FAKTOR III: SCHULANGST

Item		Ladung
9	Wenn ich in der Schule etwas nicht verstehe, traue ich mich nicht, den Lehrer zu fragen	0.71
22	Oft habe ich Angst davor, in die Schule zu gehen	0.65
41	Ich habe oft Angst vor meinem Lehrer	0.46
4	Zwischen meiner Mutter und mir ist oft Streit	0.46
12	Ich möchte in meiner Klasse mehr zu sagen haben	0.43

SCHÜLERFRAGEBOGEN SFB:

Die Faktoren aus dem Nachtest

FAKTOR I: EMOTIONAL BELASTETE SOZIALE INTERAKTION

Item		Ladung
16	Die anderen stoßen mich aus und lassen mich nicht mitmachen	0.60
29	Ich kann mit anderen schlecht reden	0.55
27	Ich möchte gern jemanden haben, der mich lieb hat	0.53
36	Ich streite mich häufig mit anderen Kindern	0.50
5	Ich bin oft sehr traurig	0.49
33	Die anderen sagen Sonderschüler zu mir	0.44
18	Die anderen ärgern mich dauernd	0.44
8	Ich möchte gern jemanden kennenlernen, mit dem ich über alles reden kann	0.43

FAKTOR II: SCHULANGST

Item		Ladung
22	Ich habe oft Angst davor, in die Schule zu gehen	0.63
7	Ich fühle mich oft einsam	0.60
9	Wenn ich in der Schule etwas nicht verstehe, traue ich mich nicht, den Lehrer zu fragen	0.52
12	Ich möchte in meiner Klasse mehr zu sagen haben	0.50
11	Ich weiß mit meiner Freizeit wenig anzufangen	0.50
20	Oft schrei ich jemanden an, und dann tut es mir leid	0.48
1	Ich kann oft die Hausaufgaben nicht, weil sie zu schwer sind	0.47
37	Meine Eltern verstehen oft nicht, was ich gerne möchte	0.42
3	Wenn der Lehrer etwas erklärt, verstehe ich es oft nicht	0.42
40	Es tut mir weh, wenn jemand "Doofenschule" zur Sonderschule sagt	0.40

FAKTOR III: NEGATIVES FAMILIENKLIMA

Item		Ladung
10	Wenn ich Krach mit jemanden habe, gebrauche ich die schlimmsten Ausdrücke	0.64
26	Meine Eltern wollen immer Recht haben	0.60
31	Meine Eltern haben meinen Bruder (meine Schwester) lieber als mich	0.59
32	Manchmal möchte ich am liebsten von zu Hause weglaufen	0.52

Item		Ladung
4	Zwischen meiner Mutter und mir ist oft Streit	0.47
28	Ich habe viel Streit mit meinen Geschwistern	0.46
23	Ich möchte, daß mein Vater anders zu mir ist	0.43
14	Ich schreie häufig meine Mutter an, aber ich will das nicht	0.42

NACHUNTERSUCHUNGSFRAGEBOGEN

Code:

Alter:

Geschlecht:

Datum:

Versuche bitte, die Sätze auf den nächsten Seiten so zu beantworten,
wie es für Dich zutrifft.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Lass Dir Zeit.

1. Was meinst Du, was wir mit den Gruppenstunden, die wir mit Euch
in der Schule verbracht haben, erreichen wollten?

	ja	nein
lernen, mit den anderen auszukommen	☐	☐
mehr von Dir zu erzählen	☐	☐
mit Schwierigkeiten besser fertig zu werden	☐	☐
selbst auf Dich aufpassen können	☐	☐
neues Spiel lernen	☐	☐
und sonst noch		

.....

2. Denkst Du jetzt mehr über Dich nach als vor
den Gruppenstunden

ja ☐ nein ☐

3. Haben Dir die Gruppenstunden Spass gemacht?

sehr viel ☐ es geht so ☐ überhaupt nicht ☐

Was fandest Du an den Gruppenstunden gut?

.....

4. Wenn es möglich wäre, würdest Du dann wieder zu den Gruppenstunden kommen?

ja ☐

nein ☐

5. Wie war Dein Gruppenleiter in den Gruppenstunden in der Schule?

	ja	nein
lebhaft	☐	☐
freundlich	☐	☐
gesprächig	☐	☐
sicher	☐	☐
sonst noch		
.....		

6. Möchtest Du ein anderes Mal lieber einen anderen Gruppenleiter haben?

ja ☐

nein ☐

7. Wie fühlst Du Dich nach den Gruppenstunden?

(nur ein Kreuzchen machen)

schlechter als vorher ☐ gleich ☐ besser ☐ verschieden ☐

8. Was würdest Du als Gruppenleiter anders machen?

	ja	nein
mehr helfen	☐	☐
mehr mit den Kindern reden	☐	☐
mehr sagen, was die Kinder tun sollen	☐	☐
neue Spiele mitbringen	☐	☐
alles genauso machen	☐	☐
und sonst noch		
.....		

9. Besteht Deiner Meinung nach ein Unterschied zwischen einer Gruppenstunde und dem Spiel mit Deinen Freunden

ja ☐ nein ☐

10. Welche Spiele haben Dir besonders viel Spass gemacht und welche gefielen Dir gar nicht?

.....
.....
.....

11. Was hat Dich in diesen Gruppenstunden gestört?

	ja	nein
die anderen Kinder	☐	☐
dass ich etwas anderes versäumt habe	☐	☐
die vorhandenen Spiele	☐	☐
die Räume	☐	☐
dass der Gruppenleiter da war	☐	☐
und sonst noch		
.....		

12. Was meinst Du, wie ein Gruppenleiter sein sollte?

.....
.....

13. Ist der Spielleiter wohl wirklich immer so, wie er sich bei Euch verhalten hat?

ja ☐ nein ☐

14. Was hat Du in den Gruppenstunden gelernt

	ja	nein
lernen, mit anderen auszukommen	☐	☐
mehr von Dir zu erzählen	☐	☐
mit Schwierigkeiten besser fertig zu werden	☐	☐
selbst auf Dich aufpassen können	☐	☐
neues Spiel lernen	☐	☐
und sonst noch		

Tabelle A 22: Nachuntersuchung: Überprüfung der Homogenität in den Vortests:
Nachuntersuchungstichprobe (NU) gegen ausgeschiedene Gruppe (AG)

SKALA	$\bar{x}$	NU	s^2	$\bar{x}$	AG	s^2	F-Wert	Sign. zweis.	t-Wert	Sign. zweis.
PA	49.55	139.31		48.3	84.03		1.658	---	0.459	---
A ⁺										
A _F	51.45	153.31		49.67	81.94		1.871	10 %	n.b.	
S	54.2	67.22		54.16	72.95		1.085	---	0.017	---
SE	57.6	59.62		54.7	70.79		1.187	---	1.306	---
H ⁺										
N ₁	6.05	5.21		6.39	3.72		1.4	---	0.614	---
A _{E1}	5.45	4.26		6.53	3.11		1.37	---	2.143	5 %
N _{E2}	5.8	3.01		5.98	3.5		1.63	---	0.363	---
S _{E3}	5.35	3.71		6.32	2.89		1.284	---	2.021	5 %

A ⁺⁺	n^2	z-Wert	p (zweis.)	Sign.
F MA				
S	43	0.45	0.653	---

+ überprüft mit t-Test für unabhängige Stichproben
++ U-Test

Tabelle A 23: Homogenitätsprüfung der Nachuntersuchungsstichprobe (NU) gegen aus-
schiedene Gruppe (AG) im Posttest der Hauptuntersuchung:

SKALA	$\bar{x}$	NU s	AG $\bar{x}$	s	F-Wert	Sign. zweis.	t-Wert	Sign. zweis.
PA	48.2	101.01	46.49	88.2	1.145	---	0.64	---
A	52.45	94.68	47.59	105.47	1.114	---	1.736	---
F	54.65	68.56	54.	99.06	1.445	---	0.249	---
S	53.45	78.89	53.19	75.71	1.042	---	0.107	---
SE								
H								
A	5.9	4.52	5.35	3.9	1.159	---	0.977	---
N ₂								
N	4.55	4.05	4.08	3.24	1.25	---	0.903	---
E								
S								

Tabelle A 24: PRÜFUNGSANGST: Nachuntersuchungstichprobe
Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (=N) und Nachuntersuchungswerte (= NU)
Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	N	err.T	Signifikanz	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	9	52.33	51.78	20	--	8	52.33	55.89	8	--				
K II	8	47.83	47.67	6.5	--	6	47.83	52.17	5	--				
K III	4	46.6	42.4	0	n.b.	5	46.6	46.00	7	--				

	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	9	51.78	55.89	16.5	--		
K II	5	47.67	52.17	4.0	--		
K III	4	42.4	46.00	3.0	n.b.		

Tabelle A 25: MANIFESTE ANGST: Nachuntersuchungsstichprobe
Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N) und Nachuntersuchungswerte (= NU)
Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	N	err.T	Signifikanz	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	9	57.11	56.55	12.0	--	6	57.11	60.0	7.5	--				
K II	5	46.17	50.5	3.5	--	6	46.17	54.83	1.0	(10 %)				
K III	5	47.6	47.4	6.0	--	5	47.6	53.0	0	(10 %)				

	n	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	9	56.55		60.0		9.0	--
K II	6	50.5		54.83		7.5	--
K III	4	47.4		53.0		5.0	n.b.

Tabelle A 26: NEUROTIZISMUS: Nachuntersuchungsstichprobe
 Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N) und Nachuntersuchungswerte (= NU)
 Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	N	err.T	Signifikanz	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	7	6.89	6.56	9.5	--	7	6.89	7.0	12.5	--				
K II	5	5.83	5.5	6.5	--	3	5.83	6.75	0	n.b.				
K III	4	4.8	5.2	4.0	n.b.	3	4.8	5.0	2.0	n.b.				

	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	3	6.56	7.00	0	n.b.		
K II	4	5.50	6.75	1.5	n.b.		
K III	3	5.20	5.00	2.5	n.b.		

Tabelle A 27: SOZIALE ERWÜNSCHTHEIT (AFS): Nachuntersuchungsstichprobe
Vergleich der Vor- (= V) und Nachtestwerte (= N) und Nachuntersuchungswerte (= NU)
Interkonzeptvergleich (Wilcoxon-Test)

Konzept	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	N	err.T	Signifikanz	N	$\bar{x}$	N	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	7	57.55	54.78	5	---	6	54.78	56.22	9.0	---				
K II	5	60.00	51.5	1	---	5	51.50	49.33	5.5	---				
K III	5	54.8	53.4	6	---	5	53.40	58.8	3.0	---				

	N	$\bar{x}$	V	$\bar{x}$	NU	err.T	Signifikanz
K I	7	57.55		56.22		12.5	--
K II	6	60.0		49.33		0	5 %
K III	4	54.8		58.8		3.0	n.b.

Hiermit versichere ich, daß ich bei der Abfassung der Arbeit keine unerlaubte fremde Hilfe und nur die in der Abhandlung angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Münster, den 15. Mai 1980

Helmut Landgraf

LEBENS LAUF

Am 16.8.1949 wurde ich als erstes von drei Kindern des Grundschulrektors Josef Klodt und seiner Ehefrau Hildegard Klodt, geb. Pötter, in Recklinghausen geboren. Nach dem vierjährigen Besuch der katholischen Volksschule wechselte ich auf das Neusprachliche Mädchengymnasium in Recklinghausen über, an dem ich im Mai 1968 die Hochschulreife erlangte.

Im Wintersemester 1968/69 begann ich mit dem Studium der Psychologie in Münster. Nach der Vordiplomprüfung in Psychologie im Februar 1971 studierte ich zwei Semester am Psychologischen Institut der Universität München (Schwerpunkte in verhaltenstherapeutischer/tiefenpsychologischer Ausbildung).

Im Sommersemester 1972 begann ich die Klinische Ausbildung für Gesprächspsychotherapie/Diagnostik am Psychologischen Institut Münster, wo ich gleichzeitig als studentische Hilfskraft bis zur Diplomprüfung für Psychologen im Oktober 1974 tätig war.

Von Mai 1976 bis April 1977 erhielt ich ein Stipendium nach dem Graduierten-Förderungsgesetz. Danach arbeitete ich stundenweise in Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen der Diözese Osnabrück und beendete meine Zusatzausbildung in Gesprächspsychotherapie im Dezember 1977 mit dem Ausbilderzertifikat der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie sowie die dreijährige Zusatzausbildung als Ehe-, Familien- und Lebensberater im November 1979.

Seit dem 12.3.1971 bin ich mit dem Lehrer Konrad Landgraf verheiratet, unsere Tochter Sarah wurde am 25.1.1980 geboren.

